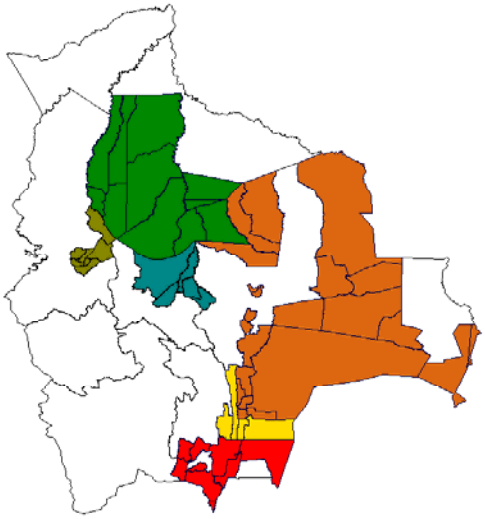
USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Plan Estratégico para Vigilancia y Control de Enfermedades Infecciosas, 2007 - 2009



Proyecto Gestión y Calidad en Salud
Contrato USAID # 511-C-00-05-00064-00

La Paz – Bolivia
Febrero 2007

ACRÓNIMOS:

MSD	Ministerio de Salud y Deportes
USAID	United States Agency for International Development
PNCT	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
SNCM	Servicio Nacional de Control de la Malaria
PROCOSI	Proyecto de Salud Comunitaria
ONGs	Organizaciones no Gubernamentales
IEC	Información, Educación y Capacitación
COMBI	Comunicación para Impactar la Conducta
IAM	Iniciativa Amazónica de lucha Contra la Malaria
IPA	Incidencia Parasitaria Anual
CV	Colaboradores Voluntario
DILOS	Directorio local de Salud
UMSS	Universidad Mayor de San Simón
UCB	Universidad Católica Boliviana
NUR	Universidad NUR
CUMETROP	Centro Universitario de Medicina Tropical
CCH	Child and Community Health Project
TB	Tuberculosis
DOTS	Tratamiento Estrictamente Supervisado
DH	Dengue Hemorrágico
POAs	Planes Operativos Anuales
PSI	Population Service International
CAI	Comité de Análisis de la Información
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
COPI	Cooperación Italiana
CDVIRs	Centro Departamental de Vigilancia y Referencia
QAP	Quality Assurance Project

1. INTRODUCCIÓN

USAID Bolivia ha suscrito con John Snow, Inc. (JSI), el contrato Nº 511-C-00-05-00064-00 para implementar el Proyecto "Gestión y Calidad en Salud" (GCS) entre 2006 y 2009, cuyo propósito es implementar junto con los socios, mejoras en calidad y cobertura en la oferta de servicios en los establecimientos de salud de municipios seleccionados, debiendo responder a los requerimientos de la Estrategia de Salud recientemente adaptada por USAID a un ámbito más rural y de mayor impacto sobre el beneficiario directo. Bajo la Estrategia de salud de USAID adaptada el ámbito de trabajo del proyecto comprende un total de 48 municipios localizados en Tarija, Santa Cruz, Chuquisaca y Beni, 12 municipios adicionales de intervención que responden a la Estrategia de Desarrollo Alternativo Integral en Yungas (La Paz) y Chapare (Cochabamba), sumando un total de 60 municipios de intervención para un total de 1'177,605 habitantes beneficiarios directos.

La Estrategia de USAID (1998-2008) para Reducir el Impacto de las Enfermedades Infecciosas prioriza las de mayor importancia en salud pública, excluyendo a VIH/SIDA, polio, EDA e IRA que son abordadas por los programas de VIH/SIDA y salud infantil. Sin embargo, la estrategia de enfermedades infecciosas debe complementar a estos programas, mejorar la vigilancia epidemiológica y control de brotes, reducir la incidencia de tuberculosis entre otras, alineándose a las prioridades generales establecidas por USAID. Contribuyen al logro de los objetivos el establecimiento de sinergias y mecanismos de coordinación con otros socios estratégicos, la mejora de la calidad de datos para la toma de decisiones y el fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los laboratorios entre otros.

El Plan Estratégico de Enfermedades Infecciosas contribuye al componente 2 del proyecto GCS *"Aumento de la calidad y cobertura de los servicios clínicos de salud",* dando respuesta específica a enfermedades infecciosas como malaria, tuberculosis, leishmaniasis, ITS/VIH/SIDA, dengue, gripe aviar, apoyando además, en función a las necesidades locales, la vigilancia y control de otras enfermedades como dengue, fiebre amarilla, fiebre hemorrágica boliviana y hantavirus. La magnitud de las intervenciones se diferenciará de acuerdo al perfil epidemiológico dominante en cada zona geográfica del área del proyecto, la presencia de otras instituciones y las necesidades inmediatas sentidas.

El establecimiento de sinergias con otras organizaciones para el fortalecimiento de la capacidad resolutiva (calidad de atención y mejora de la cobertura) a nivel del sistema público y privado (sin fines de lucro) de salud es fundamental para el desarrollo y logro de las metas establecidas por el proyecto.

Con un fuerte componente de asistencia técnica a los responsables locales de la implementación de los programas de enfermedades infecciosas, GCS contribuirá en el fortalecimiento de los esfuerzos sinérgicos y de coordinación entre diferentes actores implementadores para lograr un abordaje integrado en cuanto a la atención clínica, promoción y prevención desde el nivel comunitario (en estrecha coordinación y complementación de actividades con PROCOSI) hasta los establecimientos de salud, de manera que los programas de enfermedades infecciosas, tradicionalmente verticales, sean integrados a las actividades de los servicios de salud. La asistencia técnica, dadas las características de las enfermedades infecciosas en el país podrá abracar no solo el ámbito rural sino también el ámbito urbano/ nacional de acuerdo a la pertinencia de la intervención identificada.

Intervenciones y estrategias basadas en evidencia son el pilar y ***el valor agregado del proyecto***, por lo que la ***supervisión, el monitoreo y evaluación continua***, así como el desarrollo de ***investigaciones operativas*** y la ***documentación de experiencias exitosas en Bolivia*** como en otros países será parte importante de este componente.

La elevada migración de trabajadores temporales en algunas regiones del país tiene un efecto sobre la incidencia de las enfermedades infecciosas y de transmisión sexual, limitando frecuentemente la capacidad del sistema de dar una respuesta adecuada a estas enfermedades. Algunos ejemplos son las áreas endémicas de malaria, el seguimiento del tratamiento adecuado de la tuberculosis (DOTS), lo que hace necesario incluir como estrategia de intervención del proyecto el seguimiento de grupos de riesgo, traspasándose el ámbito geográfico de intervención definido para el mismo. Estas intervenciones deben complementarse con actividades de información, educación y capacitación (IEC), enmarcadas siempre dentro del enfoque intercultural, de género y equidad. El riesgo adicional de exposición a infecciones transmitidas por mosquitos y roedores de los trabajadores temporales sujetos con frecuencia a condiciones de vida y ambiente desfavorables, hacen que el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica y el desarrollo de la capacidad local de dar respuesta a brotes epidémicos, así como notificación de casos sea una de las líneas estratégicas prioritarias del proyecto.

Son también estratégicos, para el componente de enfermedades infecciosas, el involucrar a municipios, prefecturas e instituciones públicas y/o privadas (sin fines de lucro) en programas locales de vigilancia y control de enfermedades infecciosas; el fortalecer y/o desarrollar capacidades, habilidades y destrezas técnicas del personal de salud del sector público y privado(sin fines de lucro) ; el fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica a nivel local para la toma de decisiones y el fortalecer la capacidad técnica de los laboratorios locales de salud.

La ***leishmaniasis***, en Beni, norte de Santa Cruz, Tarija (Bermejo y Villamontes), Yungas de La Paz y Chapare en Cochabamba, amerita actividades de abogacía ante los municipios para incorporar el financiamiento de los medicamentos en los POAs municipales y la implementación de fondos rotativos. El establecimiento y fortalecimiento de centros de referencia con capacidad diagnóstica y de tratamiento de leishmaniasis y tuberculosis especialmente en Yungas y Chapare ya hace parte de las actividades desarrolladas por el proyecto y dado su impacto directo en la población continuará siendo una actividad prioritaria. Para mejorar la atención se trabajará en gestión y administración de medicamentos y el control de calidad de las lecturas en el laboratorio. En las regiones de Beni, Santa Cruz y Tarija, GCS capacitará al personal de los servicios públicos y privados que trabajen en áreas de leishmaniasis y se realizara abogacía ante las prefecturas y municipios para insertar fondos en los POAs para la adquisición de medicamentos.

Respecto a la ***tuberculosis***, se priorizarán los municipios de mayor incidencia, donde el personal clínico y de laboratorio será capacitado en técnicas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento; los microscopios recibirán mantenimiento al menos una vez por año y se complementará el equipamiento básico de los laboratorios. Para la captación de sintomáticos respiratorios se recurrirá a métodos innovativos de capacitación del personal institucional (ONGs) en asocio con QAP,proyecto dirigido a mejorar continuamente la calidad del programa de tuberculosis definiendo estándares de calidad en todos los establecimientos de salud de su área de intervención que inicialmente se realizará en los municipios de

Yungas, Chapare y algunos municipios de Santa Cruz , posteriormente se extenderá a otros municipios. Se contratará consultores para el apoyo al personal local en la implementación de la estrategia DOTS.

El ***dengue***, transmitido en casi todos los municipios donde trabaja el proyecto, requiere acciones de control con la participación de las comunidades; GCS apoyara en la vigilancia epidemiológica y atención de casos de dengue en alto riesgo en los servicios de salud. Para ese propósito capacitara al personal en el diagnóstico y manejo de los casos en alto riesgo, apoyando la elaboración y validación de protocolos para la atención hospitalaria. En coordinación con los ***socios***, se prestara asistencia técnica a los municipios en la elaboración de planes de contingencia para el control de los vectores.

Otras ***enfermedades hemorrágicas de origen viral*** como fiebre amarilla, fiebre hemorrágica boliviana y hantavirus, emergentes en los municipios de Beni, Santa Cruz, Chapare y Tarija, presentan brotes cíclicos en Chapare, Yungas, partes de Beni y norte de Santa Cruz. El proyecto además de la vigilancia epidemiológica apoyara en el control de las epidemias. Para la vigilancia de FHB se apoyara a las brigadas de control de vectores. Contra la neumonía hemorrágica producida por Hantavirus, se fortalecerá la vigilancia, investigación epidemiológica y control de brotes si necesario. Para la ***influenza aviar***, el Proyecto contribuirá en la implementación del Plan de Gripe Aviar(solo en la gestión 2007) en coordinación con SpD, con especial énfasis en las acciones de vigilancia, preparación de los responsables departamentales/ municipales y del personal de salud para la atención de casos en los establecimientos en caso de pandemia y fortalecimiento de la capacidad técnica como laboratorial. La difusión de información sobre la influenza y los pasos para enfrentar la vigilancia y el manejo de los servicios en caso de pandemia son actividades que el proyecto ha estado desarrollando hasta la fecha y que continuarán siendo parte de las intervenciones prioritarias.

2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN ACTUAL

La prevalencia regional de algunas enfermedades infecciosas, sus efectos sobre la salud pública y el desarrollo socio-económico de la población en Bolivia ha llevado a priorizar la prevención y tratamiento de malaria, tuberculosis y leishmaniasis. Dando respuesta a los lineamientos de la estrategia de enfermedades infecciosas de USAID el Proyecto apoyará programas de control de otras enfermedades infecciosas como son enfermedad de Chagas, virosis hemorrágicas (fiebre amarilla, dengue, hantavirus, fiebre hemorrágica boliviana), VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS) e influenza aviar, que dado su carácter estacional y epidémico de alcance subregional contarán con intervenciones más puntuales.

La malaria, leishmaniasis, tuberculosis, enfermedad de Chagas y las virosis hemorrágicas transmitidas por roedores o mosquitos, presentan una distribución geográfica superpuesta dado que los factores de riesgo que determinan su transmisión, obedecen a condiciones ecológicas y socioeconómicas similares, a la carencia de medidas preventivas y al limitado acceso a servicios de salud por parte de la población afectada.

Dentro del Plan Estratégico del Ministerio de salud se contemplan cinco políticas: sistema único de salud, la rectoría, participación comunitaria, solidaridad y intersectorialidad. La principal estrategia del sistema único de salud es el acceso universal a través de su

programa de salud familiar y comunitaria, la cual a su vez tiene tres subcomponentes: servicios de salud con calidad, extensión de coberturas y fortalecimiento a redes de salud. El proyecto de Gestión y Calidad de Salud responde a la primera política (sistema único de salud) con sus estrategias y sus componentes respectivos y en lo que respecta a enfermedades infecciosas va encaminado al fortalecimiento de los establecimientos de salud de primer nivel y los niveles de referencia respectivos. Busca mejorar la capacidad de los RRHH en el diagnóstico, tratamiento, prevención, investigación y control de brotes como el fortalecimiento de los laboratorios, priorizando las intervenciones en la zona rural, sin excluir actividades estratégicas puntuales en el ámbito urbano, departamental o nacional.

Los servicios públicos del MSD cubren la atención en salud de 43% a 48% de la población; la seguridad social 22% y el sector privado 10%. Se estima en 20% a 25% la población sin acceso a servicios de salud. El Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA) y el Centro de Enfermedades Tropicales (CENETROP) son referenciales de la red de vigilancia integrada por 248 laboratorios clínicos periféricos.

Durante mucho tiempo, el abordaje desde el sector público a las enfermedades infecciosas ha sido de carácter vertical, posibilitando una respuesta rápida ante la aparición de brotes epidémicos. Sin embargo esta organización vertical ha sido menos eficiente en la promoción, prevención y tratamiento oportuno de las enfermedades infecciosas, dada la falta de integración de las intervenciones y la deficiente capacidad resolutiva del sistema de salud público en general. El poco desarrollo de estrategias de IEC para la promoción y prevención ha contribuido a una demanda y oferta limitadas. En este sentido, actividades de actualización y formación permanente de los proveedores de servicios de salud a través de protocolos dirigidos al manejo de enfermedades infecciosas, logística de medicamentos, mejora de la capacidad resolutiva y funcional de los laboratorios, hacen parte de las intervenciones propuestas por el proyecto.

3. ÁMBITO GEOGRÁFICO DEL PROYECTO

El ámbito de intervención del Proyecto son los 48 municipios distribuidos en 4 departamentos: Tarija (9), Chuquisaca (4), Santa Cruz (24) y Beni (11)(SNIS 2005). A los 48 municipios que responden a los objetivos de la estrategia de salud de USAID (con mayor énfasis a nivel rural) se le suman dos departamentos: La Paz y Cochabamba con 7 municipios en la región de los Yungas y 5 municipios del Chapare, sumando un total de 60 municipios de intervención. Estos últimos responden a los lineamientos y necesidades de la estrategia de Desarrollo Alternativo Integral de USAID.

El área de intervención del proyecto abarca 24 gerencias de red con 546 establecimientos de salud (62% puestos de salud, 31% Centros de Salud, 6% Hospitales Básicos y 0,5% Hospital General y Institutos especializados respectivamente). La población beneficiaria alcanza a 1.117.605 habitantes (ver cuadro resumen anexo 1)

4. OBJETIVOS

4.1.2 Objetivo general

Fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y control de enfermedades Infecciosas a través de intervenciones específicas en el ámbito geográfico del proyecto, considerando el patrón epidemiológico dominante de malaria, tuberculosis, leishmaniasis y enfermedades emergentes en coordinación con entidades ejecutoras locales públicas, gubernamentales y no gubernamentales.

4.1.3 Objetivos específicos

- Involucrar a aliados estratégicos (municipios, prefecturas e instituciones gubernamentales y no gubernamentales) en programas locales de vigilancia y control de enfermedades infecciosas, en el ámbito geográfico del proyecto GCS, mediante acciones de abogacía.

- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica ***a nivel local*** y el seguimiento al comportamiento epidemiológico de las enfermedades infecciosas de importancia en el ámbito local.

- Fortalecer la red local de laboratorios tanto en su capacidad instalada como en la resolutiva.

- Fortalecer y/o desarrollar capacidades, habilidades, destrezas técnicas del personal de salud del sector público para la vigilancia, control y atención oportuna de enfermedades infecciosas diferenciadas por regiones geográficas.

- Cuando considerado pertinente, extender las intervenciones en áreas urbanas o a nivel nacional.

5. LINEAS ESTRATÉGICAS

En el Plan Estratégico del Proyecto se han determinado cinco líneas estratégicas. Una de las cinco líneas programáticas que se derivan de este plan son el control de las enfermedades infecciosas, que a su vez cuentan con sus respectivas líneas de a. Estas son: abogacía; vigilancia epidemiológica; fortalecimiento a laboratorios y desarrollo de capacidades. El siguiente cuadro muestra las actividades propuestas para cada línea de acción, siendo flexibles en su ejecución de acuerdo al área de intervención y los respectivos resultados esperados en cada una de ellas:

MARCO LOGICO GENERAL DEL PLAN ESTRATEGICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS GESTION 2006-2009

N	Línea de Acción	Objetivo	Actividades	Resultados	Indicadores
1	**Abogacía**	Lograr Sostenibilidad y continuidad para la prevención diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades infecciosas a través del financiamiento de instituciones estatales .	▪ Participar junto con otros socios en la sensibilización de la importancia de control de enfermedades endémicas de acuerdo al perfil epidemiológico dominante ▪ Sinergias con otras organizaciones ▪ Inclusión de actividades específicas en POAs municipales (cuando indicado) ▪ Abogacía para la atención de grupos con comportamiento de riesgo y especialmente vulnerables como trabajadores temporales, población migrante, indígenas y familias de escasos recursos.	-Se habrá logrado la Sostenibilidad y continuidad para la prevención diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades infecciosas a través del financiamiento de instituciones estatales.	Del 10% al 60% de los municipios del área de intervención cuentan en sus POAs 2008 y 2009 presupuesto para la prevención diagnóstico tratamiento y control de enfermedades infecciosas.
2	**Vigilancia Epidemiológica**	▪ Fortalecer el Sistema de vigilancia Epidemiológica a nivel institucional para que tengan la capacidad resolutiva correspondiente y cumplan con las normas para la notificación, investigación y control de brotes.	▪ Realizar la evaluación de V. Epidemiológica en las áreas de intervención del proyecto en base al protocolo des SNIS-VE . ▪ Fortalecer SVE a nivel local institucional ▪ Participar en la elaboración de planes de contingencia en caso de brotes epidémicos ▪ Disponibilizar un fondo de respuesta rápida ante brotes	- Sistema de vigilancia Epidemiológica a nivel institucional con capacidad resolutiva y cumplimiento de las normas para la notificación, investigación y control de brotes.	70% de los establecimientos de salud con capacidad resolutiva y cumplimiento de las normas para la notificación, investigación y control de brotes
3	**Fortalecimiento a laboratorios**	▪ Mejorar la Red de laboratorios a nivel local en su capacidad instalada y resolutiva para responder adecuadamente a la demanda espontánea y en situaciones de emergencia a enfermedades infecciosas priorizadas.	▪ Fortalecimiento de los laboratorios para el manejo de muestras y diagnóstico oportuno para el fortalecimiento del SVE, especialmente los laboratorios periféricos incluyendo algunos laboratorios de referencia nacional como INLASA, CENETROP y CUMETROP entre otros. ▪ Mejora de la funcionalidad de la red de laboratorios	- Mejorada la Red de laboratorios a nivel local en su capacidad instalada y resolutiva para responder adecuadamente a la demanda espontánea y en situaciones de emergencia por enfermedades infecciosas priorizadas.	80% de los laboratorios del nivel local con capacidad instalada y resolutiva para responder adecuadamente a la demanda espontánea y en situaciones de emergencia por enfermedades infecciosas priorizadas.
4	**Desarrollo de capacidades**	▪ Desarrollar capacidades, habilidades y destrezas técnicas en los RRHH de los establecimientos de salud para el diagnóstico, tratamiento, prevención investigación y control de brotes de las enfermedades infecciosas.	▪ Capacitación de proveedores de salud del sector público en normas y manejo de las enfermedades infecciosas, mediante talleres y técnicas de aprendizaje innovadoras (Metodología de auto aprendizaje (CD Rom/TBC, premio al saber). ▪ Fortalecer la capacitación en el uso de normas técnicas y manejo de las enfermedades infecciosas en universidades y centros de capacitación. ▪ Fortalecimiento de los equipos locales en diagnostico y control de brotes.	- RRHH de los establecimientos de salud públicos con capacidades , habilidades y destrezas técnicas para el diagnóstico , tratamiento , prevención investigación y control de brotes de las enfermedades infecciosas.	- 60% de RRHH de los establecimientos de salud capacitados para el diagnóstico , tratamiento , prevención investigación y control de brotes de las enfermedades infecciosas

6. LINEAS DE ACCION POR ENFERMEDADES

6.1 MALARIA

La implementación de las actividades en vigilancia y control de la malaria será menos intensiva durante el segundo año, aprovechando la disponibilidad de fondos asignados en años anteriores. A partir del tercer año se mantendrán solo las actividades más importantes en áreas de mayor transmisión, recurriendo a fondos asignados a "Otras enfermedades infecciosas" del proyecto.

6.1.1 Situación actual de la Malaria en Bolivia

Existe transmisión activa de malaria en 75% del territorio nacional, donde habita aproximadamente la mitad de la población boliviana (incluyendo a los grupos de trabajadores temporales). En el año 2000 se notificaron 31.468 casos de malaria por P. vivax (índice parasitário anual (IPA) de 8,8 por mil) y 2.536 por P. falciparum, en contraste con los 74.350 (IPA 24,8 por mil) y 11.414 casos, respectivamente, en 1998. En la gestión 2005 se reportan 20.251 casos en ambos tipos de malaria. En 2006, se han notificado 39.682 casos ,(19.431 mas que la gestión anterior)
En la parte de la Amazonía existe la superposición de malaria a P. vivax y a P. falcíparum. Esta última tiene mayor riesgo de mortalidad por malaria cerebral u otras complicaciones en personas sin inmunidad para malaria, como recién nacidos, inmigrantes (trabajadores temporales), turistas y mujeres embarazadas. En esa misma zona se ha identificado resistencia creciente a los medicamentos antimaláricos de primera línea que incluye la cloroquina, fansidar y otros, aumentando el riesgo de extensión de infecciones resistentes a otras zonas en el país. Las principales causas son la inadecuada aplicación de políticas de medicamentos, la falta de capacitación de los proveedores de salud en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos en tratamiento y la elevada movilidad de parte de la población de estas regiones.

En los departamentos de Beni y Pando, con la implementación de la Iniciativa Amazónica de Lucha contra la Malaria (IAM) ha mejorado la atención de la malaria con el cambio de estrategias como son: Investigación operativa sobre la resistencia de P. falciparum y cambio al uso de mefloquina y artesunato; además del seguimiento al tratamiento supervisado con control parasitológico al finalizar el tratamiento. Como resultado, se ha logrado una reducción significativa de IPA en ese tipo de malaria, de 3.8/1000 en 1998 a 0,16/1000 en 2005. En la atención de la malaria a P. vivax se ha incorporado la modalidad de hacer seguimiento al tratamiento, logrando reducir el IPA de 27.5/1000 a 24.3/1000 en la gestión 2005 y en la gestión 2006 57.232 Casos (595x100.00 hab.), el 80% de los casos se registran en el Beni. Los departamentos de Beni Y Pando mantienen la mayor notificación de casos del país (11.970 y 2.320 por 100.00 habitantes)

Los informes anuales del Programa Nacional de Control de la Malaria, PNCM, muestran que las redes de la Amazonía en los departamentos de Beni, Pando y la parte norte y este del

departamento de Santa Cruz son las de mayor incidencia para los dos tipos de malaria. En segundo lugar están las redes de los Yungas (La Paz), del Chapare (Cochabamba) y la zona de Bermejo y Yacuiba en Tarija, zonas donde solo se presenta la malaria a P. vivax. Finalmente, en tercer lugar están los focos de malaria a P. vivax ubicados en el Chaco de Tarija, Santa Cruz y en algunos valles de las redes ubicadas en Chuquisaca y Potosí.

6.1.2 Área geográfica de intervención en malaria

Las intervenciones para el control de la malaria serán priorizadas para aquellos municipios que muestran un mayor riesgo en los departamentos de **Tarija, Santa Cruz, Beni, Chuquisaca (Chaco), Cochabamba (Chapare) y La Paz (Yungas).**

6.1.3 LINEAS DE ACCION MALARIA
MARCO LOGICO MALARIA
GESTION 2007

N	Línea de Acción	Objetivo	Actividades	Resultados	Indicadores
1	**Abogacía**	Lograr Sostenibilidad y continuidad para la prevención diagnóstico y control de la ***Malaria*** en las áreas endémicas.	-Participar junto con otros socios en la sensibilización de la importancia de control de enfermedades endémicas de acuerdo al perfil epidemiológico dominante -Trabajar coordinadamente con PROCOSI para articular los establecimientos de salud al RRHH comunitario. Inclusión de actividades específicas en POAs municipales - Abogacía con otras instituciones para la atención a través de brigadas móviles a los grupos con comportamiento de riesgo y especialmente vulnerables como trabajadores temporales, población migrante, indígenas y familias de escasos recursos.	- Se habrá logrado la Sostenibilidad y continuidad para la prevención diagnóstico y control de la ***Malaria*** a través del financiamiento de instituciones estatales.	-Número y Porcentaje de Municipios con plan de contingencia para el control de la Malaria. -% de los municipios del área de intervención cuentan en sus POAs Municipales 2008 y 2009 presupuesto para la prevención diagnóstico y control de la ***Malaria*** -Número y porcentaje de los establecimientos de salud articulados al RRHH comunitario. Número de personas de grupos de riesgos atendidas por las brigadas móviles.
2	**Vigilancia Epidemiológica**	Fortalecer el Sistema de vigilancia Epidemiológica a nivel institucional para que tengan la capacidad resolutiva correspondiente y cumplan con las normas para la notificación, investigación y control de brotes.	-Implementar en los servicios de salud la VE de la malaria integrando a los agentes comunitarios voluntarios a los mismos* -Participar en la elaboración de planes de contingencia en caso de brotes epidémicos -Disponibilizar un fondo de respuesta rápida ante brotes	-Sistema de vigilancia Epidemiológica a nivel institucional con capacidad resolutiva y cumplimiento de las normas para la notificación, investigación y control de brotes.	-Número y % de establecimientos de salud que cuentan con equipos y materiales para la notificación de ***Malaria*** -Número y **%** de establecimientos de salud que aplican las normas de VE para ***Malaria*** por el Proyecto. -Porcentaje de personas que han concluido su tratamiento.
3	**Fortalecimiento a laboratorios**	Mejorar la Red de laboratorios a nivel local en su capacidad instalada y resolutiva para responder adecuadamente a la demanda espontánea y en situaciones de emergencia a enfermedades infecciosas priorizadas.	-Fortalecimiento de los laboratorios para el manejo de muestras y diagnóstico oportuno para el fortalecimiento del SVE.	- Mejorada la Red de laboratorios a nivel local en su capacidad instalada y resolutiva para responder adecuadamente a la demanda espontánea y en situaciones de emergencia ***Malaria***	% laboratorios del nivel local que realizan la prueba para el diagnóstico de la ***Malaria*** Número de personas diagnosticadas con la prueba de Malaria por región.
4	**Desarrollo de capacidades**	Desarrollar capacidades, habilidades y destrezas técnicas en los RRHH de los establecimientos de salud para el diagnóstico , tratamiento , prevención investigación y control de brotes de las enfermedades infecciosas.	-Capacitación de proveedores de salud del sector público en normas y manejo de las enfermedades infecciosas, mediante talleres y técnicas de aprendizaje innovadoras (Metodología de auto aprendizaje premio al saber). -Fortalecer la capacitación en el uso de normas técnicas y manejo de las enfermedades infecciosas en universidades y centros de capacitación. -Fortalecimiento de los equipos locales en diagnóstico y control de brotes.	-RRHH de los establecimientos de salud públicos con capacidades para el diagnóstico, tratamiento, prevención investigación y control de brotes de la ***Malaria.***	-Número y Porcentaje de RRHH de laboratorios locales capacitados para realizar la prueba de Malaria -Número y porcentaje de establecimientos de salud capacitados para el diagnóstico, tratamiento, prevención investigación y control de brotes de las enfermedades infecciosas. -Número de personas capacitadas en Malaria. Número y porcentaje de RRHH capacitados en ***Malaria*** con la metodología de autoaprendizaje.

* Actualmente los servicios locales de salud no hacen atención en malaria

ia, ni sus laboratorios realizan pruebas de diagnostico, como se demuestra en el estudio de línea de base realizado en las redes de salud del proyecto.

6.1.4 Socios

- Iniciativa Amazónica de Lucha contra la Malaria, PSI, CARITAS, UNICEF y ONGs en Beni , se coordinará con cada uno de ellos para el logro de nuestros objetivos
- Yungas: Oscar y proyectos participantes del Programa de Desarrollo Alternativo Integral se trabajará de manera integral para responder a las necesidades locales
- Chapare: CUMETROP, ONGs y Universidad NUR.Se coordianará actividades integrales.
- Santa Cruz: CENETROP, Iglesias, Plan Internacional y Visión Mundial.
- Tarija: CARE, Plan Internacional, Esperanza y otras ONGs.

6.1.5 Plan de trabajo para la gestión 2007

Líneas de Acción	**Implementación de actividades por gestión en áreas priorizadas**	
Abogacía	• Abogacía ante prefecturas, municipios y otros aliados para sensibilizar en el control de la malaria y la incorporación de recursos en los POAs.	
Vigilancia Epidemiológica	• Capacitación de los proveedores en normas del SVE. • Fondos de respuesta rápida	• Aplicación de la información de la vigilancia • Fondos de respuesta rápida • Mantenimiento de los equipamientos • Capacitación (si necesario)
Desarrollo de capacidades para la integración de la atención de la malaria a los servicios locales de salud	• Capacitación a los proveedores clínicos en diagnostico y tratamiento y seguimiento • Capacitación en diagnóstico laboratorial en las áreas priorizadas • Impresión de manuales técnicos	• Seguimiento al desempeño en la atención en malaria ▪ Seguimiento a los pacientes tratados ▪ Capacitación (si necesario)
Acciones específicas para el control de la malaria	• Atención a través de brigadas móviles a las poblaciones dispersas y originarias • Detección oportuna y control de brotes • Acciones de diagnóstico para malaria en toda atención de salud en grupos de riesgo.	• Control de brotes Diagnostico de malaria en toda atención de salud a los grupos de alto riesgo

6.2 Leishmaniasis

6.2.1 Situación actual de la Leishmaniasis en Bolivia

La Leishmaniasis muco-cutánea, la forma predominante en el país, es adquirida por exposición ocupacional a los focos donde la transmisión es natural entre los animales selváticos. Es una zoonosis de las áreas selváticas tropicales y subtropicales de Bolivia. Los reservorios naturales de los parásitos son mamíferos como roedores, primates y marsupiales. La enfermedad se manifiesta inicialmente en forma de ulceras cutáneas que cierran con o sin tratamiento en un tiempo largo de hasta de 6 meses. Años después, en aproximadamente 10 % de los casos y dependiendo de la especie del parásito, aparecen lesiones mucosas que son más difíciles de curar. El costo alto de los medicamentos y la duración prolongada del tratamiento induce a los pacientes al abandono, lo que a su vez podría estar desarrollando resistencia del parásito a los medicamentos utilizados.

La transmisión de la Leishmaniasis esta extendida en la zona de los Yungas y norte del departamento de La Paz, la zona del Chapare en Cochabamba, Beni, Pando, la parte norte de Santa Cruz, y algunas áreas de Chuquisaca y Tarija.

En los últimos cinco años se han registrado nueve mil seiscientos siete enfermos (9.607), siendo La Paz el departamento que presenta un mayor porcentaje (38%), seguido de Beni con un 29%; Pando con un 17%. Estos tres departamentos cuentan con la mayor incidencia adjudicándose más de tres tercios de los casos. En estos tres departamentos se ha producido un incremento considerable de la incidencia de casos entre el 2004 y 2005. Los riesgos calculados de la enfermedad en esos tres departamentos en el 2005 son: Pando (33,8 por 100.00), Beni (57.6) y La Paz (78,5 por 100.000 hab).

En la gestión 2005 se reportaron 1984 casos: en La Paz 39%, poco más del 28% en Beni y un 16% en Pando. Los municipios que mayor notificación de casos registraron en el último año fueron: Caranavi, Irupana y Palos Blancos

La población local de las zonas de transmisión están expuestos a la Leishmaniasis, como son los grupos de trabajadores temporales en agricultura, de explotación de la madera, castaña y otros recursos naturales. Los trabajadores temporales provienen de otras zonas del país y son los más afectados por la exposición directa a la selva [(3).] Para estos trabajadores temporales y las poblaciones locales empobrecidas el costo elevado de los medicamentos y la duración larga del tratamiento (un mes), hacen más difícil el acceso oportuno a la atención.

El Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Leishmaniasis a nivel de MSD lideriza la elaboración de las normas técnicas, pero no cuenta con fondos financieros para la adquisición regular de los medicamentos, los que tienen que ser asignados por las prefecturas, municipios o por las ONGs locales. Esa situación hace necesario el apoyo financiero de las instituciones internacionales, ONGs e Iglesias para la adquisición de los medicamentos y otros insumos.

El proyecto ya viene fortaleciendo el programa de control de la leishmaniasis en Yungas y

Chapare, apoyando en el re-inicio de actividades de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos en el CEDELEI de Chulumani (utilizando la experiencia adquirida por SERVIR) y la captación y manejo de casos a través del CUMETROP en el Chapare.

Se ha disponibilizado el tratamiento introduciendo el estibogluconato de sodio, y se procederá a una segunda compra en el 2007 para asegurar el tratamiento hasta la finalización del proyecto.

6.2.2 Área geográfica de intervención para Leishmaniasis

En el Departamento de La Paz la red de los Yungas en sus áreas endémicas, en el Departamento de Beni, Tarija y Cochabamba en el Chapare.

6.2.3 LINEAS DE ACCION LEISHMANIASIS
MARCO LOGICO PLAN ESTRATEGICO PARA LEISHMANIASIS
GESTION 2006-2009

N	Línea de Acción	Objetivo	Actividades	Resultados	Indicadores
1	**Abogacía**	Lograr Sostenibilidad y continuidad para la prevención diagnóstico y control de la ***Leishmaniasis*** en las áreas endémicas.	-Participar junto con otros socios en la sensibilización de la importancia de control de la ***leishmaniasis*** -Inclusión de actividades específicas para la implementación del fondo rotatorio de los medicamentos para ***Leishmanasis*** - Abogacía con otras instituciones para la atención a través de brigadas móviles a los grupos con comportamiento de riesgo y especialmente vulnerables como trabajadores temporales, población migrante, indígenas y familias de escasos recursos.	- Se habrá logrado la implementación del fondo rotatorio para el tratamiento de la leishmaniasis y/o la inclusión en los POAS municipales presupuesto para la compra de los medicamentos respectivos.	-Número(12) de Municipios con implementación del fondo rotatorio de medicamentos para leishmaniasis. -% de los municipios del área de intervención cuentan en sus POAs Municipales 2008 y 2009 presupuesto para la prevención diagnóstico y control de la ***Leishmaniasis*** -Número de personas de grupos de riesgos atendidas por las brigadas móviles. Número de personas diagnosticada con ***leishmaniasis*** Número de personas que concluyeron su tratamiento
2	**Vigilancia Epidemiológica**	Fortalecer el Sistema de vigilancia Epidemiológica a nivel institucional para que tengan la capacidad resolutiva correspondiente y cumplan con las normas para la notificación, investigación y control de brotes.	-Participar en la elaboración de planes de contingencia en caso de brotes epidémicos -Disponibilizar un fondo de respuesta rápida ante brotes	-Sistema de vigilancia Epidemiológica a nivel institucional con capacidad resolutiva y cumplimiento de las normas para la notificación, investigación y control de brotes.	-Número y % de establecimientos de salud que cuentan con equipos y materiales para la notificación de ***leishmaniasis*** -Número y **%** de establecimientos de salud que aplican las normas de VE para ***leishmaniasis*** por el Proyecto. - Número y % de brotes apoyados por el proyecto
3	**Fortalecimiento a laboratorios**	Mejorar la Red de laboratorios a nivel local en su capacidad instalada y resolutiva para responder adecuadamente a la demanda espontánea y en situaciones de emergencia a enfermedades infecciosas priorizadas.	-Fortalecimiento de los laboratorios para el manejo de muestras y diagnóstico oportuno para el fortalecimiento del SVE. -Contratación de profesionales de laboratorio para Yungas y Chapare.	- Mejorada la Red de laboratorios a nivel local en su capacidad instalada y resolutiva para responder adecuadamente a la demanda espontánea y en situaciones de emergencia	% laboratorios del nivel local que realizan la prueba para el diagnóstico de la ***leishmaniasis*** Número de personas diagnosticadas con la prueba de ***leishmaniasis*** por región.
4	**Desarrollo de capacidades**	Desarrollar capacidades , habilidades y destrezas técnicas en los RRHH de los establecimientos de salud para el diagnóstico , tratamiento , prevención investigación y control de brotes de las enfermedades infecciosas.	-Capacitación de proveedores de salud del sector público en normas y manejo de ***leishmaniasis*** mediante técnicas de autoaprendizaje -Fortalecer la capacitación en el uso de normas técnicas y manejo de las enfermedades infecciosas en universidades y centros de capacitación. -Fortalecimiento de los equipos locales en diagnóstico y control de brotes.	-RRHH de los establecimientos de salud públicos con capacidades ,para el diagnóstico , tratamiento , prevención investigación y control de brotes de la ***leishmaniasis*** **.**	-Número y Porcentaje de RRHH de los establecimientos de salud capacitados en ***leishmaniasis*** la través de la metodología de autoaprendizaje. Número y % de RRHH de los laboratorios locales capacitados para realizar la prueba de Malaria -Número de personas capacitadas en

6.2.4 Socios para desarrollar las estrategias de atención La atención de los casos esta siendo operacionalizada por algunas instituciones bajo la coordinación del MSD:

- **Norte de La Paz y alto Beni:** proyecto Oscar de la iglesia católica trabaja en forma aislada y solo para las personas de las comunidades bajo su cobertura

- **Beni:** Médicos Mundi en algunas áreas

- En los **Yungas (La Paz)** el proyecto Oscar en Palos Blancos, y GCS está asumiendo el fortalecimiento del personal para diagnostico y tratamientos de los casos en Chulumani (se contrato 2 profesionales bioquímicos)

- **En las redes del Chapare,** la Universidad Mayor de San Simón (UMSS) de Cochabamba, a través del Centro Universitario de Medicina Tropical**, CUMETROP** ha realizado búsqueda activa, diagnóstico y tratamiento de la Leishmaniasis. A causa de la falta de disponibilidad financiera en el CUMETROP, GCS está firmando un convenio para la continuidad de la atención.

- **En Santa Cruz**: los nuevos asentamientos creados en la parte noreste del departamento están produciendo casos de leishmaniasis, **El Centro Dermatológico de Jorochito** atiende los casos, pero, últimamente carece de provisión regular de medicamentos al cual se realizará la entrega respectiva.

- En **Tarija**, la zona fronteriza de Bermejo presenta casos de leishmaniasis, el SEDES con el financiamiento de la Prefectura cubre la atención de los casos, aparentemente solo necesitan asistencia técnica.

Como se observa, hay iniciativas aisladas y dispersas de atención en las zonas de transmisión, pero no existen mecanismos claros de coordinación ni de aprendizaje mutuo. El Programa Nacional de Control de la Leishmaniasis tiene funciones normativas para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, pero carece de un sistema de logística de medicamentos, lo que conduce a desabastecimiento en los lugares de tratamiento.

Las experiencias de CCH, PROSIN I y SERVIR muestran que bajo consenso de los diferentes actores, el sistema de fondo rotativo puede financiar en parte el costo de los medicamentos. Por ejemplo, en red de Sur Yungas, en 2001 antes del ingreso de SERVIR, el municipio contaba con 1900 ampollas de glucantime, adquiridas con recursos recuperados mediante el fondo rotativo, y para septiembre 2005, el fondo rotativo había generado 51.700 Bs. adicionales, con esos fondos se adquirió medicamentos para la atención durante los primeros meses de 2006.

Algunas actividades específicas por regiones:
En Yungas (La Paz) y Chapare (Cochabamba):

- En los Yungas en coordinación con los servicios locales, el Proyecto realizará la detección, diagnóstico por confirmación parasitológica, tratamiento y seguimiento a los pacientes hasta un año después del tratamiento, en los centros de atención de Chulumani (CEDELEI). Se explorará la pertinencia de establecer y/o apoyar centros de diagnóstico y tratamiento en La Asunta y Palos Blancos.
- En el Chapare se coordinará la atención con el CUMETROP u otras instituciones/ centros de atención. Se facilitarán los medicamentos, materiales e insumos, y se integrará la atención de la Leishmaniasis a los Centros de Atención de Aroma, Isinuta, Eterazama, Chipiriri e Ivirgarzama, siempre que sea considerado pertinente y adecuado en su momento.
- Impulsar a través de la gestión municipal, la implementación del sistema de fondo rotativo (pago parcial del costo de los medicamentos por parte de los pacientes) y la inserción de fondos para la adquisición de medicamentos en los POAs municipales (excluyendo a la región ACI/ Yungas y Chapare).
- Asegurar a través del desarrollo de procesos de mejoramiento continuo de calidad, el funcionamiento del sistema de referencia oportuna y confiable de pacientes para la atención clínica y de laboratorio.

En Beni, Santa Cruz, Chuquisaca y Tarija:

- El proyecto brindará apoyo técnico para la capacitación del personal en el tratamiento clínico y laboratorial, incluyendo a las ONGs interesadas en implementar proyectos de control de la leishmaniasis.
- Se gestionará a nivel de los municipios la inclusión en sus POAs de fondos destinados para la adquisición de medicamentos y la implementación del sistema de fondo rotativo.

6.2.5 Plan de trabajo para los próximos 3 años

Líneas de Acción	Implementación de actividades por gestión en áreas priorizadas		
	2007	2008	2009
Abogacía	• Abogacía ante prefecturas, municipios y otros aliados para sensibilizar en el control de **Leishmaniasis** y la incorporación de recursos en los POAs. • Apoyo a los municipios para la implementación del Fondo Rotativo		
Vigilancia Epidemiológica	• Capacitación de los proveedores en normas del SVE. • Equipamiento de laboratorios • Mantenimiento de sistemas de radio comunicación • Fondos de respuesta rápida		• Aplicación de la información de la vigilancia • Fondos de respuesta rápida • Mantenimiento de los equipamientos • Capacitación (si necesario)
Fortalecimiento de laboratorios	Equipamiento básico y mantenimiento de los laboratorios Realizar control de calidad		• Realizar control de calidad de los resultados
Desarrollo de capacidades	• Capacitación a los proveedores clínicos en diagnostico clínico y tratamiento y seguimiento • Capacitación en diagnóstico laboratorial en las áreas priorizadas, • Se continuará con la contratación de dos bioquímicos para la región de los Yungas		• Seguimiento al desempeño en la atención en **Leishmaniasis** ▪ Seguimiento a los pacientes tratados ▪ Capacitación (si es necesario)

6.3 Tuberculosis

6.3.1 Situación Actual

La tuberculosis es endémica en todos los municipios donde el Proyecto esta trabajando, encontrándose para la gestión 2005 una tasa de incidencia de TB en todas sus formas de 97,5 x 100.000 habitantes y 66,7 x 100.000 habitantes para TB pulmonar BAAR (+). En el país se reporta 6.214 casos para 2004, y 6278 casos de TBP BAAR (+) para 2005 [8], lo que indica un aumento en la incidencia. Este hallazgo es concordante con los resultados de la evaluación nacional e internacional efectuada del programa nacional en noviembre de 2005, donde se identificó que a pesar del aumento del número de baciloscopías en los sintomáticos respiratorios, la captación de BAAR positivos continúa sin cambios.

Para la gestión 2005 se captaron 90.689 sintomáticos respiratorios; 9.201 casos de tuberculosis en todas sus formas (tasa 97.6 por 100.000 habitantes, 6.278 casos de tuberculosis Baar (+) y 66.6 por 100.000 habitantes). Los departamentos con mayor tasa de incidencia de Baar (+) esta en primer lugar el departamento de Santa Cruz 93.9 pro 100.00 habitantes, Tarija 75.2 por 100.000 habitante, La Paz 72,6%, Beni 69,3 por 100.000 habitantes.

6.3.2.Áreas geográficas de intervención

Debido a que el control de la tuberculosis es complejo y con el propósito de concentrar los esfuerzos en áreas definidas como críticas, se han identificado las siguientes áreas para desarrollo de la estrategia:

Chapare y Yungas: en las zonas donde se trabaja con el programa de desarrollo Alternativo Integral, la tuberculosis tiene las tasas de incidencia más altas en relación a las otras zonas. La presencia de trabajadores temporales complica las acciones de diagnóstico, tratamiento y el cumplimiento de la estrategia DOTS, unido a la dispersión geográfica y la inaccesibilidad de ciertas áreas. El incumplimiento del DOTS por parte de los proveedores de salud contribuye al poco seguimiento del DOTS.

En Yungas se desarrollarán actividades de fortalecimiento del programa de TB con especial énfasis en el cumplimiento del DOTS en la Red Nor y Sud Yungas (Red # 8) (municipios de Coroico, Coripata, Irupana, La Asunta, Yanacachi y Chulumani) y la Red de Caranavi (Red # 7) (municipio de Palos Blancos). En el Chapare se trabajará en la Red de Villa Tunari (municipios de Villa Tunari y Tiraque tropical) y la Red de Ivirgarzama (Puerto Villarroel, Entre Rios, Chimoré).

Otros departamentos

La misma propuesta de trabajo que en Yungas y Chapare se va a desarrollar en 4 municipios de Santa Cruz. En los restantes 44 municipios distribuidos en Santa Cruz (24), Chuquisaca (4), Tarija (9) y Beni (11) se seleccionarán aquellos municipios que muestren una mayor incidencia anual.

La asistencia técnica que puede proveer el Proyecto a nivel de otros socios como pueden ser PROSALUD y CIES, y a instituciones públicos/ privadas es una parte importante de las intervenciones programas dentro de este componente.

6.3.3 LINEAS DE ACCION TUBERCULOSIS
PLAN ESTRATEGICO PARA TUBERCULOSIS
GESTION 2006-2009

N	Línea de Acción	Objetivo	Actividades	Resultados	Indicadores
1	**Abogacía**	Lograr Sostenibilidad y continuidad para la prevención diagnóstico y control de la ***Tuberculosis*** en las áreas endémicas.	-Participar junto con otros socios en la sensibilización de la importancia de control de la ***Tuberculosis*** - Abogacía con otras instituciones para la atención a través de brigadas móviles a los grupos con comportamiento de riesgo y especialmente vulnerables como trabajadores temporales, población migrante, indígenas y familias de escasos recursos	- Se habrá logrado la la inclusión en los POAS municipales presupuesto para la prevención y control de la ***Tuberculosis***	-% de los municipios del área de intervención cuentan en sus POAs Municipales presupuesto para la prevención y control de la ***Tuberculosis*** -Número de personas de grupos de riesgos atendidas por las brigadas móviles. Número de personas diagnosticadas con ***Tuberculosis*** Número de personas que concluyeron su tratamiento
2	**Vigilancia Epidemiológica**	Fortalecer el Sistema de vigilancia Epidemiológica a nivel institucional para que tengan la capacidad resolutiva correspondiente y cumplan con las normas para la notificación, investigación y control de brotes.	-Participar en la elaboración de planes de contingencia en caso de brotes epidémicos -Disponibilizar un fondo de respuesta rápida ante brotes	-Sistema de vigilancia Epidemiológica a nivel institucional con capacidad resolutiva y cumplimiento de las normas para la notificación, investigación y control de brotes.	-Número y % de establecimientos de salud que cuentan con equipos y materiales para la notificación de ***Tuberculosis***
3	**Fortalecimiento a laboratorios**	Mejorar la Red de laboratorios a nivel local en su capacidad instalada y resolutiva para responder adecuadamente a la demanda espontánea y en situaciones de emergencia a enfermedades infecciosas priorizadas.	-Fortalecimiento de los laboratorios para el manejo de muestras y diagnóstico oportuno para el fortalecimiento del SVE. Establecimiento de puestos de toma de muestra en lugares inaccesibles a los servicios de salud en coordinación con PROCOSSI	- Mejorada la Red de laboratorios a nivel local en su capacidad instalada y resolutiva para responder adecuadamente a la demanda espontánea y en situaciones de emergencia **.**	% laboratorios del nivel local que realizan la prueba para el diagnóstico de la ***Tuberculosis*** Número de personas diagnosticadas con la prueba de ***Tuberculosis*** por región. Número de puestos de toma de muestra para TB
4	**Desarrollo de capacidades**	Desarrollar capacidades, habilidades y destrezas técnicas en los RRHH de los establecimientos de salud para el diagnóstico, tratamiento, prevención investigación y control de brotes de las enfermedades infecciosas.	-Capacitación de proveedores de salud del sector público en normas y manejo de ***Tuberculosis*** mediante técnicas de autoaprendizaje -Capacitación de RRHH de Yungas, CHAPARE Y Santa Cruz a través del proyecto colaborativo de ***Tuberculosis en la estrategia DOTS.*** -Contratación de consultores para el seguimiento a la implementación del proyecto colaborativo(2 Yungas 2 Chapare y 2 en Santa Cruz)	-RRHH de los establecimientos de salud públicos con capacidades ,para el diagnóstico , tratamiento , prevención de la ***Tuberculosis.***	-Número y Porcentaje de RRHH de los establecimientos de salud capacitados en ***Tuberculosis*** a través de la metodología de autoaprendizaje. -Número y Porcentaje de RRHH de Yungas, CHAPARE Y Santa Cruz capacitados a través del proyecto colaborativo de ***Tuberculosis en la estrategia DOTS*** . -Porcentaje de establecimientos de salud que tienen al menos una persona capacitada en la estrategia DOTS

Algunas actividades específicas por regiones:

En Yungas (La Paz) y Chapare (Cochabamba):

- Implementación del Proyecto colaborativo de tuberculosis en Yungas, Chapare y algunos municipios de Santa Cruz en colaboración con QAP.
- Se realizará la prueba rápida de VIH-SIDA a los pacientes con tuberculosis en las zonas de mayor incidencia en colaboración con PROSALUD y CIES.

6.3.4 Plan de trabajo para los próximos 3 años

Líneas de Acción	Implementación de actividades por gestión en áreas priorizadas		
	2007	2008	2009
Abogacía	• Abogacía ante prefecturas, municipios y otros aliados para sensibilizar en el control de **Tuberculosis** y la incorporación de recursos en los POAs.		
Vigilancia Epidemiológica	• Capacitación de los proveedores en normas del SVE. • Equipamiento de laboratorios • Establecimiento de puestos de toma de muestra.	• Aplicación de la información de la vigilancia • Mantenimiento de los equipamientos • Capacitación (si es necesario)	
Fortalecimiento de laboratorios	Equipamiento básico y mantenimiento de los laboratorios Realizar control de calidad	• Realizar control de calidad de los resultados	
Desarrollo de capacidades	• Capacitación a los proveedores clínicos en estrategia DOTS • Capacitación en diagnóstico laboratorial en las áreas priorizadas, • Se contratará consultores para el seguimiento al proyecto colaborativo de TB	• Seguimiento al desempeño en la atención en **tuberculosis** ▪ Seguimiento a los pacientes tratados ▪ Capacitación (si es necesario)	

6.4 OTRAS ENFERMEDADES QUE SE APOYARIAN DE ACUERDO AL AREA DE INFLUENCIA

Las patologías que detallamos a continuación se apoyaran de acuerdo a la presentación de las mismas en prevención y control de brotes.

6.4.1 INFLUENZA AVIAR:

La influenza aviar causada por el virus H5N1 se difundió hasta ahora a partes de Asia, Europa y África. El MSD de Bolivia con la asistencia de instituciones internacionales esta en la fase de elaboración del plan de nacional contra influenza aviar, preparación de manuales de vigilancia centinela y de investigación epidemiológica en situaciones de sospecha, así como la elaboración de planes de atención en los hospitales en caso de emergencia y desarrollo de capacidad técnica en los diferentes niveles del sistema de salud de Bolivia.

Dentro del plan nacional de preparación para la atención de una posible pandemia, USAID a través de Socios para el Desarrollo (SpD) está apoyando al MSD en la elaboración de este plan que incluye la preparación y capacitación del personal. El proyecto GCS apoya la implementación del plan en estrecha coordinación con SpD, en actividades como la capacitación del personal y su seguimiento, vigilancia de casos sospechosos y estudios específicos, fortalecimiento de los laboratorios de referencia departamentales y nacional, reproducción de materiales de información y educación, así como en la participación de personal a eventos internacionales de relevancia para el desarrollo del programa nacional. Caso se presente una pandemia en Bolivia, el proyecto GCS coordinará las intervenciones necesarias con SpD y MSD, siguiendo el plan de respuesta definido para el país.

El trabajo de preparación para la atención de la gripe aviar es multisectorial, por lo que el proyecto también coordinara con las instituciones encargadas de las acciones de vigilancia y control en el sector avícola. Hasta la fecha el proyecto ha iniciado acciones de información y educación del personal de salud en la vigilancia e investigación epidemiológica.

Como medida anticipada a la ocurrencia de la pandemia, se compartirá la siguiente información escrita al personal de salud**:**

- Apoyo técnico en la elaboración de documentos para la gripe aviar(plan de del gripe aviar a nivel nacional, boletines, manuales ,etc)
- Reproducción de material de difusión para la gripe aviar(plan de del gripe aviar a nivel nacional, boletines, manuales , guías y otros)
- Compra del equipamiento,insumos y suministros para el fortalecimiento de la red de laboratorios.
- Capacitaciones en gripe aviar a nivel departamental y local
- Apoyo a estudios e investigación de brotes sobre gripe aviar
- Apoyo económico para viajes internacional a conferencias regionales, cursos de actualización y otros eventos de relevancia para el programa de gripe aviar en Bolivia

Todo el anterior apoyo se realizará solo la gestión 2007

6.4.2 FIEBRE AMARILLA

Entre 1996 y 1999 se ha detectado un incremento importante de la incidencia de fiebre amarilla selvática, pasando de 30 casos notificados en 1996 a 68 casos en 1999, seguido de una drástica disminución con 8 casos notificados en 2000, lo que evidencia problemas en la confirmación de casos notificados por el SVE. La prueba serológica para el diagnóstico requiere el envío de al menos 2 muestras pareadas con 2 semanas de intervalo, procedimiento que en muchos casos no puede realizarse debido a la letalidad de la enfermedad o a dificultades de recuperar al paciente después de la primera toma de muestra. En el último decenio la tasa de letalidad por fiebre amarilla se mantuvo por encima de 60%.

En la gestión 2006 se acumularon 80 casos sospechosos de los cuales se han confirmado 15 casos en Cochabamba (9), Santa Cruz (4), La Paz (2). De los casos confirmados, 11 han fallecido (letalidad 73.3%).

Entre los municipios donde trabaja el proyecto, las áreas de transmisión selvática de fiebre amarilla se encuentran en toda la zona amazónica: Beni, Santa Cruz en la parte central, norte y este (provincia Ángel Sandoval), Los Yungas (La Paz) y Chapare (Cochabamba).

Prácticamente en todos los municipios ubicados en las zonas de transmisión de fiebre amarilla selvática, existe el riesgo inminente de urbanización de la fiebre amarilla, eso por la superposición del vector urbano, Aedes aegypti, el cual podría infectarse a partir de un enfermo en etapa de viremia y transmitir la enfermedad entre la población urbana.

Los brotes epidémicos de fiebre amarilla son cíclicos dependiendo de la acumulación de nuevos susceptibles, mayormente trabajadores temporales que ingresan sin la respectiva vacunación.
El apoyo del proyecto contemplara lo siguiente:

- Vigilancia epidemiológica de fiebre amarilla
- Prevención y control de brotes a través de la intensificación de la vacunación a las personas no vacunadas, en coordinación con el MSD, PAI y organismos de cooperación que trabajan en zonas de influencia del proyecto.
- Apoyar la atención para las personas afectadas, mejorando las habilidades del personal de salud a través de capacitaciones en diagnóstico y control de brotes así como al personal de los hospitales de referencia en el manejo de los pacientes. Se proveerá guías y protocolos de manejo hospitalario de los pacientes con fiebre amarilla.
- Apoyo en control y prevención de brotes

6.4.3 Dengue

6.4.3.1 Situación Actual

Desde 1987 en la ciudad de Santa Cruz y otras ciudades vecinas como Montero se documentó la circulación del virus del dengue serotipo 1, seguido de una epidemia de dengue con una tasa de ataque de 75%. En 1999 y 2000 se reportaron 27 y 80 casos de dengue clásico respectivamente, lo que dada la situación epidemiológica del momento refleja el sub-registro de los casos existentes. EL acumulado nacional en la gestión 2006 es de 1988 casos (21 por 100.000 habitantes) hasta el momento se han confirmado 559 casos por laboratorio. El departamento de Santa Cruz acumula 843 enfermos (34 por 100.000 habitantes) que representa el 45% del reporte nacional. Por departamentos, las tasas más altas ahora se encuentran en Pando (381 por 100.000, Beni 78 por 100.000 y Tarija 73 por 100.000.

El MSD a través de la Dirección de Control de Enfermedades realiza la vigilancia y control del vector que se multiplica en los depósitos y recipientes de agua en el peri e intra domicilio, implementando la vigilancia epidemiológica de casos estacionales.

En caso de brotes epidémico, se movilizan recursos financieros de los municipios afectados para: a) la eliminación de recipientes de agua, criaderos del vector, en los domicilios y sus alrededores para bajar la densidad larvaria, y b) hacer rociamientos espaciales con insecticidas para bajar rápidamente la densidad de mosquitos adultos.

6.4.3.2 Planes de acción del proyecto en el control dengue

En los municipios de Chapare, Yungas y los ubicados en Beni, Tarija, Santa Cruz y el Chaco de Chuquisaca, el proyecto implementará las siguientes estrategias para apoyar en la atención de dengue:

- Fortalecerá la vigilancia epidemiológica de la ocurrencia de dengue
- Capacitación al personal de los servicios municipales y las ONGs mediante talleres, en la atención de dengue clásico y dengue hemorrágico. Además se proveerá guías y protocolos de atención.
- Asistencia técnica a los municipios en la elaboración de planes de contingencia para el control del vector.
- Apoyo en control y prevención de brotes

6.7 FIEBRE HEMORRAGICA BOLIVIANA

La fiebre hemorrágica boliviana, FHB, es causada por un arenavirus, *virus machupo*, identificado a finales de los 1960 en el departamento de Beni. La enfermedad es transmitida por roedores Callomys callosus sp., roedor que extiende su presencia a dos áreas fuera del departamento de Beni: la zona del Chapare en Cochabamba y la zona de Concepción en Santa Cruz. En la gestión 2006 se acumularon 13 sospechosos (todos en el Beni), siendo uno solo confirmado pro laboratorio.

La presentación de casos de FHB es esporádica durante los periodos de cosecha y siembra por el acceso de los roedores a los almacenes, o la contaminación de alimentos de los trabajadores con las secreciones (heces, orina, saliva).

El SEDES de Beni solicita el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la FHB, que en ese departamento, dadas sus características geográficas, funciona a través de brigadas de vigilancia, que por falta de asistencia técnica y recursos para su desplazamiento se han visto limitadas en su desempeño. Pese a que la presentación de FHB es esporádica, pueden ocurrir brotes inesperados de dimensiones inesperados como son los brotes registrados a finales de los años 1960 Magdalena y San Joaquín, y el posterior brote en el Hospital Seton de Cochabamba con transmisión de humano a humano.

El proyecto apoyará en las medidas de prevención y control de brotes ,

6.8 HANTA VIRUS

La enfermedad causada por hantavirus es de reciente descubrimiento en algunas zonas rurales del territorio boliviano, entre estos Tarija, en la zona de Bermejo; en Santa Cruz, en la zona de Concepción y en Cochabamba en la zona del Chapare. El primer caso confirmado de síndrome pulmonar por virus Hanta se reportó en 1998 en Tarija y el segundo en 1999 en Santa Cruz, ambos no fatales. En mayo 2000 ocurrió un brote en Tarija de 5 casos en hombres de 15 a 54 años con 4 fallecidos.

En las redes del Chapare la ocurrencia de los casos está en franco aumento desde el 2003, cuando fue diagnosticado por primera vez.
El número de casos sospechosos reportados en el año 2006 fueron 84; de los cuales se han confirmado 34 casos por laboratorio; en Tarija (17), Cochabamba (8) y Santa Cruz(9). De ellos 11 han fallecido (letalidad 39.3%)

- El proyecto prestará asistencia técnica en la vigilancia epidemiológica de hantavirus.
- Apoyará las investigaciones epidemiológicas de la presentación de casos y el control de los brotes a través de la educación y la implementación de medidas de control si necesario.

- Se capacitara al personal de los hospitales de referencia en el manejo de los pacientes referidos, se proveerá guías y protocolos de manejo hospitalario de los pacientes con fiebre amarilla.

7. INDICADORES

N	INDICADORES DE PROCESO	Línea de Base	Total En los 4 años	Gestión 2006	Gestión 2007	Gestión 2008	Gestión 2009
1	Número de guías y manuales sobre enfermedades infecciosas desarrollados, revisados o impresos por el Proyecto	**0**	**5**	2	1	1	1
2	* / ** Número y porcentaje de personas capacitadas en temas relacionados con enfermedades infecciosas a través del apoyo del USG (por tema, región, profesión y sexo)	**0**	**287(60%)**	29(10%)	57(20%)	115(40%)	86(30%)
3	Número y % de municipios apoyados por el Proyecto en el desarrollo de planes de contingencia para controlar brotes (por región)	**0**	**36(60%)**	2(5%)	9(25%)	11(30%)	14(40%)
4	Número y % de brotes cuyo control haya sido apoyado por el Proyecto (por región)	**0**	**16(100%)**	1	5	5	5
5	Número y % de municipios favorecidos por una **campaña de EI** durante el trimestre pasado (por región y tipo de campaña)	**0**	**24(40%)**	6(10%)	12(20%)	18(30%)	24(40%)
6	Número y % de municipios favorecidos por una **brigada de EI** (por región y tipo de campaña)	**0**	**12(20%)**	2(17%)	4(33%)	3(25%)	3(25%)

N	INDICADORES DE IMPACTO	Línea de base	Total En los 4 años	Gestión 2006	Gestión 2007	Gestión 2008	Gestión 2009
1	% de establecimientos que tienen al menos una persona capacitada en control y vigilancia de enfermedades infecciosas priorizadas por el proyecto (por región)	55%	**382(80%)**	40(10.5%)	160(42%)	100(26%)	82(21,5%)
2	Número y % de establecimientos de salud que cuentan con equipos y materiales para la notificación inmediata de un brote (por región)	50%	**334(70%)**	17 (5%)	50(15%)	117(35%)	150(45%)
3	% de establecimientos aplicando el sistema de vigilancia epidemiológica (SVE) según las normas (por región)	50%	**334(70%)**	17 (5%)	50(15%)	117(35%)	150(45%)
4	% de laboratorios que tienen la capacidad para hacer diagnósticos para las enfermedades infecciosas priorizada (por región)	40%	**60%**	10%	25%	15%	10%
5	Número de personas diagnosticadas con la prueba de malaria (por región)		SD	SD	SD	SD	SD
6	* Número de personas que han recibido servicios para controlar y reducir las enfermedades infecciosas en establecimientos apoyados por el USG (por región y sexo)	0	12000	2000	3000	4000	3000
7	% de casos de leishmaniasis que terminaron el tratamiento en Yungas y Chapare (por región)	75%	95%	95%	95%	95%	95%
8	* Población promedio que cuenta con laboratorios con microscopios para tuberculosis (por región)		SD	SD	SD	SD	SD
9	* % de laboratorios apoyados por el USG, que realizan análisis de tuberculosis con microscopios con resultados correctos de más del 95% (por región)	60%	95%	95%	95%	95%	95%

Bibliografía consultada:

1. OPS/OMS, Base de datos de los indicadores Básicos de Salud
2. Informes de las evaluaciones anuales de la Iniciativa Amazónica de lucha contra la Malaria.
3. Bermúdez Hernán, Leishmaniasis tegumentaria en Cochabamba y Bolivia, mayo 2002.

Organización Panamericana de la Salud, Julio 2004, Infecciones de Transmisión Sexual: marco de referencia para la prevención, atención y control de las ITS

4. Informe de las investigaciones de *Population Council*, septiembre 2005.
5. Informe de las evaluaciones entomológicas del programa nacional de Chagas 2003.
6. Reducing the threat of infectious diseases of major public health importance: USAID. Initiative to prevent and control infectious diseases, March 1998.
7. Resumen de la situación epidemiológica nacional en el 2005; número especial La Paz, enero 2006
8. Organización Panamericana de la Salud 1990, Manual de control de dengue y dengue hemorrágico.