

Resultados de la Ejecución del Proyecto de Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles Prioritarias en América del Sur

Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Canadian
International
Development
Agency

Agence
canadienne de
développement
international

Resultados de la Ejecución del Proyecto de Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles Prioritarias en América del Sur
ISBN 978-92-75-33087-6

Se publica también en inglés, con el título:

Results of the Project on the Prevention and Control of Priority Communicable Diseases in South America

ISBN 978-92-75-13087-2

© Organización Panamericana de la Salud 2008

Se reservan todos los derechos. Esta publicación pueden solicitarse al Proyecto de Enfermedades Transmisibles, Área de Vigilancia de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades, Pan American Health Organization, 525 23rd Street, NW, Washington, DC, USA. Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OPS —ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales— deben dirigirse a: Knowledge Management and Communication, a la dirección precitada (fax: +202-974-3652; e-mail: pubrights@paho.org).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Resultados de la Ejecución del Proyecto de Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles Prioritarias en América del Sur

Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Canadian
International
Development
Agency

Agence
canadienne de
développement
international



Este proyecto se emprendió con el financiamiento del Gobierno de Canadá por medio de su Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI)

Agradecimiento

La elaboración de este informe no habría sido posible sin la contribución de todos aquellos que han participado en la ejecución del Proyecto. Hicieron contribuciones especiales María Almirón, PWR/Paraguay; Miguel Dávila, PWR/Perú; Christopher Drasbek, OPS/Washington; Luis Gutiérrez, PWR/Perú; Martha Idalí Saboya, PWR/Colombia; Roberto Salvatella, PWR/Uruguay; Mario Valcárcel, PWR/Perú. Asimismo, merece destacarse la labor de todos quienes han puesto en marcha las actividades y la participación de las poblaciones destinatarias de ellas.

Preparado por:

Dionne Patz

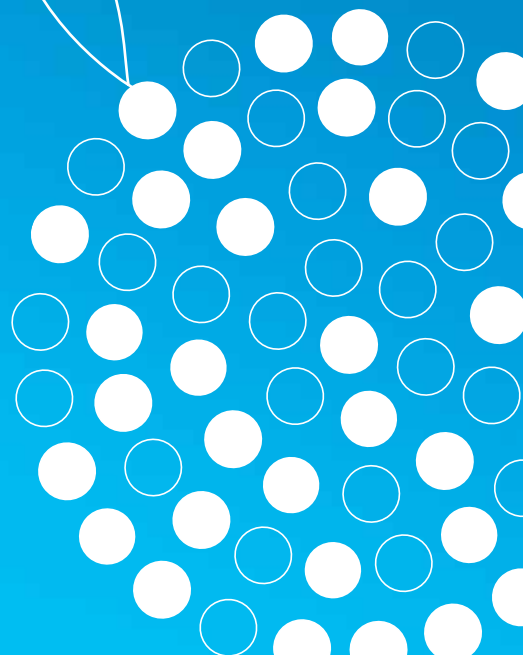
M. Roxane Salvatierra

Siglas

ACDI	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
AFEME	Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina y Ciencias de la Salud del Ecuador
AIEPI	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ASEDEFE	Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Enfermería
CAP	(Estudios de) Conocimientos actitudes y prácticas
CIDA	Canadian International Development Agency
COMBI	Comunicación para el cambio conductual
DIRESA	Dirección Regional de Salud, Ministerio de Salud del Perú
ECG	Electrocardiograma
EGI	Estrategia de gestión integrada (para la prevención y control del dengue)
ELISA	Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay
FMSTM	Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
FODA	Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (Análisis de)
GIS	Sistema de información geográfica
INCOSUR	Iniciativa del Cono Sur para Controlar y Eliminar la Enfermedad de Chagas
INS	Instituto Nacional de Salud (Colombia y Perú)
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MINSA	Ministerio de Salud
MSP y BS	Ministerio de Salud y Bienestar Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PVVIH/sida	Personas que viven con VIH/sida
PCPCD	Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (Sigla del Proyecto financiado por ACDI acuñada en inglés)
SENEPA	Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo del Paraguay
SSR	Salud sexual y reproductiva
TAES	Tratamiento acortado estrictamente supervisado (conocido también por sus siglas en inglés como DOTS o Directly Observed Treatment Short Course)
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Contenido

Resumen Ejecutivo	7
Antecedentes	11
Reseña histórica	11
Estructura del proyecto: meta, propósito, objetivos, resultados esperados	15
Resultados	17
Tuberculosis	17
Colombia	19
Efectos positivos del Proyecto	24
Brechas pendientes	24
Enfermedad de Chagas	25
Paraguay	26
Indicadores y estado de avance	27
Efectos positivos del Proyecto	29
Brechas pendientes	30
Perú	31
Efectos positivos del Proyecto	33
Brechas pendientes en el Perú	36
Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	37
Paraguay	37
Efectos positivos del Proyecto	40
Brechas pendientes	41
Programa Integrado de Atención de la Salud en Boquerón	42
Efectos positivos del Proyecto	43
Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia	44
Colombia	46
Ecuador	46
Efectos positivos y brechas	49
Paraguay	49
Efectos positivos del Proyecto	51
Brechas pendientes	52
Perú	53
Igualdad de Género	55
Dengue	57
Conclusiones y Lecciones Aprendidas	59
Conclusiones	59
Lecciones aprendidas	60
Anexo	63
Referencias	65



Resumen Ejecutivo

En junio de 2002, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) firmó un acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por medio del cual ACDI aportaría CAN\$ 10 millones para llevar a cabo un proyecto de lucha contra las enfermedades transmisibles prioritarias en América del Sur. Ambas instituciones tienen una larga trayectoria de cooperación entre sí en beneficio de la salud de los pueblos de la Región de las Américas.

ACDI es el organismo del gobierno canadiense que tiene la responsabilidad principal de la ayuda internacional. Su mandato es de apoyar actividades de desarrollo sostenible en países menos desarrollados, y los que están en transición, con el fin de reducir la pobreza y de contribuir a un mundo más seguro, más justo y más próspero.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un organismo internacional de salud pública con más de 100 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de América. Goza de reconocimiento internacional como parte del Sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. También es el organismo especializado en salud del Sistema Interamericano.

Este informe tiene por objeto resumir lo acontecido en los 5 años transcurridos desde el inicio del Proyecto de Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles Prioritarias en América del Sur (PCPCD, por sus siglas en inglés) en relación con:

- 1 Su propósito, objetivos y resultados esperados, según se describen en el Documento de Proyecto.
- 2 Los logros que no se pueden cuantificar en un indicador, pero que han otorgado poder a los beneficiarios para que, de una forma u otra, sepan que pueden mejorar su salud y calidad de vida.
- 3 Las experiencias y lecciones aprendidas a lo largo de la marcha del proyecto, con el fin de informar futuras colaboraciones similares, aprovechando los insumos obtenidos de la evaluación de medio término realizada en febrero de 2006, y a cuatro años de culminar el proyecto en 2010.

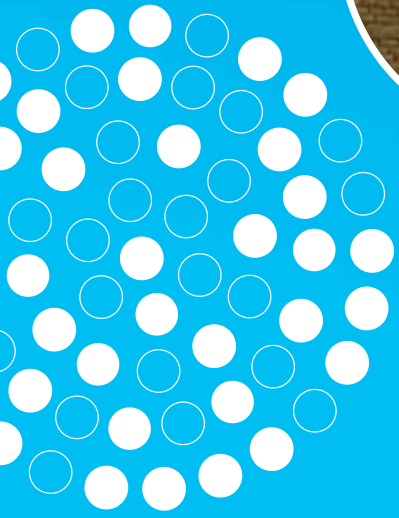
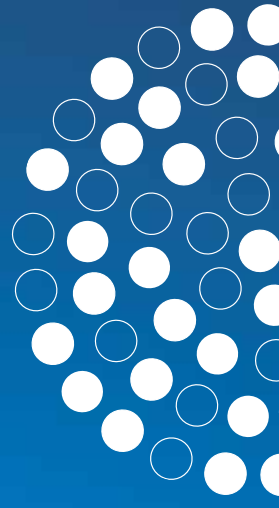
Resumen >>

La ejecución de las actividades previstas en el proyecto se financia exclusivamente con recursos provistos por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional. La OPS es el ente ejecutor y, como tal, aporta sus recursos humanos especializados para la conducción de las actividades, además de la infraestructura gerencial, administrativa y técnica. Los países beneficiarios aportan su capital humano y, según el caso, su infraestructura nacional, regional y local y participan en la elaboración de los planes de trabajo y llevan a cabo las actividades en el terreno. Al inicio del Proyecto, los países asumieron ciertos compromisos como condición para recibir recursos y apoyar la ejecución del Proyecto.

El acuerdo entre ACDI y la OPS es por un monto de CAN\$ 10.000.000 por un período de 6 años, que se inició en septiembre de 2002. Se espera que el Proyecto concluya en diciembre de 2010.



Campaña de conocimiento dirigido a la comunidad sobre la importancia del ambiente de las viviendas para prevenir y controlar la enfermedad de Chagas en el distrito de Hunter, Arequipa, Perú.



Antecedentes

Reseña histórica

A principios de 2001, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional elaboró un documento que constituyó la base conceptual de un proyecto de prevención y control de las enfermedades transmisibles en América del Sur, que tendría por objeto hacer frente a brechas sanitarias de grupos específicos de población de la Región consideradas prioritarias.¹ La Ministra de Cooperación Internacional del Canadá anunció la aprobación del financiamiento en junio de 2002.

Seguidamente, ambas organizaciones llevaron a cabo una evaluación preproyecto, que incluyó una visita a los países beneficiarios potenciales, con el fin de determinar cuál sería el mejor uso de los recursos financieros y de conseguir el máximo impacto de esta colaboración. Ese análisis de situación culminó con un Documento de Proyecto en el cual se describe este en su totalidad (véase sección de Estructura del Proyecto).

El Proyecto se programó con la participación de ACIDI, la OPS y representantes de los ministerios de salud, organizaciones no gubernamentales y, en algunos casos, de los grupos de población beneficiaria en cada país. Se utilizó como instrumento de programación el marco lógico y la gestión por resultados, según lo requerido por la OPS y ACIDI, respectivamente. Desde un inicio el Proyecto tuvo por objeto complementar las acciones que ya se llevaban a cabo para prevenir y controlar las enfermedades transmisibles mencionadas en los países del proyecto y abordar las brechas de los programas nacionales, haciendo hincapié en las poblaciones más vulnerables y marginadas, como son las indígenas y las encarceladas. Los resultados esperados del proyecto fueron estipulados durante la misión de inicio del proyecto (julio y agosto de 2002) conjuntamente por las autoridades nacionales de los países participantes y representantes de la OPS y ACIDI.

¹ Project Implementation Plan, Doc. No. DPC/CD/247/03.

Antecedentes >>

Las actividades del PCPCD se iniciaron en septiembre de 2002 con la finalidad de contribuir a la reducción de la morbilidad, mortalidad e incapacidad causadas por las enfermedades transmisibles que generan la mayor carga de morbilidad y mortalidad entre la población de Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela: infecciones de transmisión sexual (ITS), tuberculosis, enfermedad de Chagas, dengue y las enfermedades prevalentes de la infancia. También se incluyó un componente transversal sobre la igualdad de género y otro sobre desarrollo de recursos humanos. No todos los temas se abordarían en todos los países.

A mediados de 2007, el Proyecto había sufrido tres modificaciones importantes. La primera se hizo con el fin de simplificar su estructura, reduciendo el número de resultados esperados e indicadores originalmente planteados, y de mejorar la gestión por resultados. En noviembre de 2003, se acordó discontinuar el financiamiento de componentes que habían recibido recursos del Fondo Mundial de la Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) y de aquellos que no habían tenido una ejecución o avance satisfactorio. Así, se eliminó el financiamiento del componente de VIH/ITS en Colombia (noviembre de 2003) y Ecuador (marzo de 2004); el de tuberculosis en Ecuador (marzo de 2005), Paraguay (marzo de 2005) y Perú (marzo de 2004), y el de población indígena en Venezuela (noviembre de 2003). En este último país, las actividades del Proyecto se suspendieron por una combinación de razones que hicieron muy difícil su ejecución, entre otras, cambios de personal, retrasos en la programación, reformulación del programa de trabajo.²

En los países cuyas propuestas al Fondo Mundial fueron aprobadas, los recursos del proyecto sustentaron las actividades durante el período de transición mientras en los países se recibía el financiamiento del FMSTM.

La segunda modificación se dio en diciembre de 2004, en vista de que había dificultades administrativas con la modalidad de cooperación acordada originalmente entre ACIDI y OPS, que consistía en una carta de entendimiento que no permitía al Proyecto recibir los fondos anuales programados. En ese momento, ambas instituciones acordaron funcionar bajo la modalidad de subsidio, lo cual facilitó enormemente el desembolso de los recursos y, consecuentemente, el avance de las actividades.

² Organización Panamericana de la Salud. Prevention and Control of Priority Communicable Diseases in South America Project, Semi-Annual Narrative Report – Year 2, abril de 2004.

La tercera modificación se realizó en marzo de 2006, como resultado de las recomendaciones de la evaluación de medio término que se llevara a cabo en Paraguay y Perú. El PCPCD se amplió para incluir actividades de AIEPI comunitario en los países del proyecto y para formalizar un componente para el programa integrado de salud en Boquerón, Paraguay. Para este último se definió su propio resultado esperado e indicadores. También se amplió el Proyecto a nuevas zonas geográficas para los componentes de AIEPI e ITS en Paraguay y la enfermedad de Chagas en Perú.

Para elaborar este informe se realizó una revisión exhaustiva de los documentos que figuran en la lista de referencias, que constituye la última sección del informe, incluidos el Plan de Implementación del Proyecto, los informes periódicos (anuales y semestrales) que la OPS prepara para ACIDI y el informe de la evaluación de medio término,³ los informes de viaje de la Coordinadora del Proyecto y otros consultores, entre otros. También se elaboró un cuestionario (Anexo 1) para obtener la opinión de individuos que participan en la ejecución del Proyecto en los países, entre ellos funcionarios de la OPS en los países donde se llevan a cabo las acciones y a algunos funcionarios públicos y miembros de las poblaciones beneficiarias del Proyecto de esos países.

3 Informe de la Evaluación de medio término del Proyecto Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias en América del Sur, Paraguay, 13 al 21 de febrero de 2006 y Perú, 23-28 de febrero de 2006. Documento OPS-DPC-CD-403-06.



Estructura del proyecto: meta, propósito, objetivos y resultados esperados

La estructura que se dio al PCPCD complementa las prioridades de ACDI y sus objetivos de salud, desarrollo sostenible e igualdad de género, ya que tiene el propósito de reducir la morbilidad y mortalidad entre los grupos vulnerables y de alto riesgo de la población, vale decir, las mujeres, los niños, las poblaciones indígenas y los pobres. También se inserta en el marco lógico del desarrollo de programación de ACDI en los países beneficiarios y la estrategia de la Agencia para las Américas, es decir, **el cierre de brechas**. El Proyecto propuesto también complementa el Programa de Trabajo de la OPS, ajustándose a los objetivos y resultados esperados contenidos en los Programas de Presupuesto Bienal de 2002 a 2007. El Proyecto también se diseñó con miras a contribuir a los Objetivos de Desarrollo del Milenio 3, 4, 5 y 6, relacionados con la igualdad de género, la mortalidad infantil, la salud materna y el VIH, malaria y otras enfermedades, respectivamente.

Como ya se señaló en párrafos anteriores, la finalidad del PCPCD es la prevención y control de las enfermedades transmisibles que producen la mayor carga de morbilidad y mortalidad entre los niños, jóvenes y adultos en Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela. Su propósito es fortalecer la capacidad de las instituciones de los países del Proyecto encargadas de planificar, administrar y proporcionar programas sostenibles, integrales y con un enfoque de género para la prevención y el control de las enfermedades transmisibles más prevalentes que causan el mayor número de defunciones e incapacidad.

Debido a que en la estructura del proyecto se integraron siete componentes, de los cuales cinco corresponden a los grandes grupos de enfermedades objeto del mismo, y dos, a elementos transversales, los resultados esperados se agruparon bajo esos componentes, a saber: tuberculosis; enfermedad de Chagas y dengue; enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida; enfermedades prevalentes de la infancia, desarrollo de recursos humanos e igualdad de género. También a partir del año 5 se oficializó un nuevo componente para brindar atención integral a las prioridades de salud del departamento de Boquerón. En el Cuadro 1 se resumen los elementos centrales del Proyecto, por componente y por país, al inicio de las actividades y a mediados de 2007.



Resultados

Hay más de una forma de analizar el alcance de los objetivos del Proyecto. Para este documento hemos elegido organizar el análisis por componente o tema, con el fin de ver el efecto de las actividades en los temas (componentes) que con el Proyecto se proponía abordar, es decir, tuberculosis, enfermedad de Chagas, infecciones de transmisión sexual, dengue, enfermedades prevalentes de la infancia, y los dos componentes transversales de desarrollo de recursos humanos e igualdad de género. El componente de recursos humanos formalmente sólo se incluyó en el Proyecto en relación con las enfermedades prevalentes de la infancia, con el objeto de contribuir a la sostenibilidad de las acciones bajo esa estrategia. No obstante, en todos se ha hecho hincapié en la capacitación de personal, no solo con fines de poner en marcha las actividades planeadas, sino que al igual que en el caso de las enfermedades prevalentes de la infancia, el objetivo ha sido aumentar la sostenibilidad de las acciones.

Cabe recordar que, desde su inicio, se propuso que los recursos del Proyecto se destinaran a hacer frente a brechas sanitarias en dos ejes principales: 1) atención de enfermedades transmisibles prioritarias y 2) grupos específicos de población postergados en relación con la atención de esas enfermedades.

Tuberculosis

Originalmente los objetivos para este componente fueron 1) mejorar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con el fin de reducir la incidencia de la tuberculosis y la mortalidad por la enfermedad en el Paraguay, y 2) mejorar la detección y el tratamiento de la tuberculosis entre dos grupos postergados de la población, a saber, indígenas (Colombia, Ecuador y Venezuela) y presos (Perú), dadas la falta de información epidemiológica sobre tuberculosis en esos grupos de población y la sospecha de que están afectados por una alta carga de la enfermedad.

CUADRO 1. Grupos beneficiarios o foco principal del proyecto, por componente y por país, al inicio de las actividades y a marzo de 2007*.

Componente	País				
	Colombia	Ecuador	Paraguay	Perú	Venezuela
Tuberculosis	Grupos indígenas	Grupos indígenas	Fortalecimiento del Programa Nacional de TB con capacidad de supervisar las actividades del nivel periférico	Mejoramiento de la detección y tratamiento de la tuberculosis entre población carcelaria	Grupos indígenas
Dengue	Políticas públicas intersectoriales para hacer frente al dengue	Políticas públicas intersectoriales para hacer frente al dengue	Políticas públicas intersectoriales para hacer frente al dengue	Políticas públicas intersectoriales para hacer frente al dengue	Políticas públicas intersectoriales para hacer frente al dengue
Enfermedad de Chagas		Vigilancia de la enfermedad de Chagas con participación de la comunidad y abordaje intersectorial	Vigilancia de la enfermedad de Chagas con participación de la comunidad y abordaje intersectorial	Control del vector y vigilancia de la enfermedad de Chagas con participación de la comunidad y abordaje intersectorial	
Enfermedades de transmisión sexual, incluido VIH/sida	Vigilancia de segunda generación, especialmente ITS y comportamiento	Atención de las ITS con calidad, incluido el VIH y atención a las PVVS	Gestión del Programa de Prevención y Control de las ITS, con hincapié en sífilis, incluida la congénita		
Enfermedades prevalentes de la infancia	Atención integral de AIEPI/TB con enfoque de las prácticas claves con actores sociales	La Estrategia AIEPI como práctica constante del personal de salud en el ámbito de la atención primaria para ampliar y mejorar su cobertura y resultados en los países objeto			
Componentes transversales					
Desarrollo de recursos humanos	Integración de la estrategia de AIEPI en el currículo académico profesional con el fin de hacerla sostenible a largo plazo				
Igualdad de género	Conciencia entre el personal de salud de las diferencias de género y cómo estas afectan la atención sanitaria, su calidad y resultados, incluido el análisis de datos por género y la integración del concepto en la programación y materiales				
Componente nuevo					
Programa integrado de salud en Boquerón			Recursos humanos para brindar atención sanitaria integral con enfoque cultural en el departamento de Boquerón		



* Las combinaciones país/componente que aparecen tachadas eran parte del Proyecto original, pero fueron eliminadas porque recibieron recursos financieros del Fondo Mundial para ese componente o porque la ejecución era deficiente y no se justificaba mantener el financiamiento.

En un comienzo, en todos los países del PCPCD se programaron acciones de prevención y control de la tuberculosis, aunque los grupos beneficiarios de las acciones eran distintos en cada país (véase el Cuadro 1). En 2007, solo continúan las acciones en Colombia, ya que:

- ▶ el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria aprobó el financiamiento de las propuestas de Ecuador en la 4ª Ronda, Paraguay en la 3ª y Perú, en la 2ª;
- ▶ las brechas se estarían abordando con recursos del Fondo Mundial y el mantener las actividades de este Proyecto sería redundante;
- ▶ la experiencia de haber contado con recursos externos (ACDI) fue un buen antecedente para los programas nacionales de tuberculosis al elaborar sus propuestas al Fondo Mundial. Es más, la ejecución de las actividades financiadas por el Fondo Mundial se inició en las áreas de implementación del Proyecto objeto de este informe, dado que las bases ya estaban sentadas para ello;
- ▶ para el Proyecto propiamente tal también fue un acierto haber contribuido a la movilización adicional de recursos para la prevención y control de la tuberculosis;
- ▶ al liberarse los fondos originalmente asignados a tuberculosis, se concentraron las actividades en los otros componentes programados en los países que, con la excepción del VIH, no son temas para los cuales se pueden movilizar recursos internacionales fácilmente.

Colombia

En Colombia, se determinó que la brecha principal correspondía a la tuberculosis entre la población indígena, ya que en las provincias de mayor población indígena se presentaban las tasas de incidencia más altas del país y más altas que el promedio nacional.⁴ Así, en 2002, se puso en marcha el Proyecto en los departamentos de Amazonas y la Guajira. Más adelante, ya habiéndose consolidado los resultados en las dos primeras provincias, se agregaron las de Cesar en 2004, Nariño en 2005 y Guaviare, Guainía y Vichada en 2006. En 2007 se sumaron Magdalena y Santa Marta, con el fin de dar cobertura a la Sierra Nevada de Santa Marta, que tiene los mayores problemas de tuberculosis entre la población indígena (Figura 1).



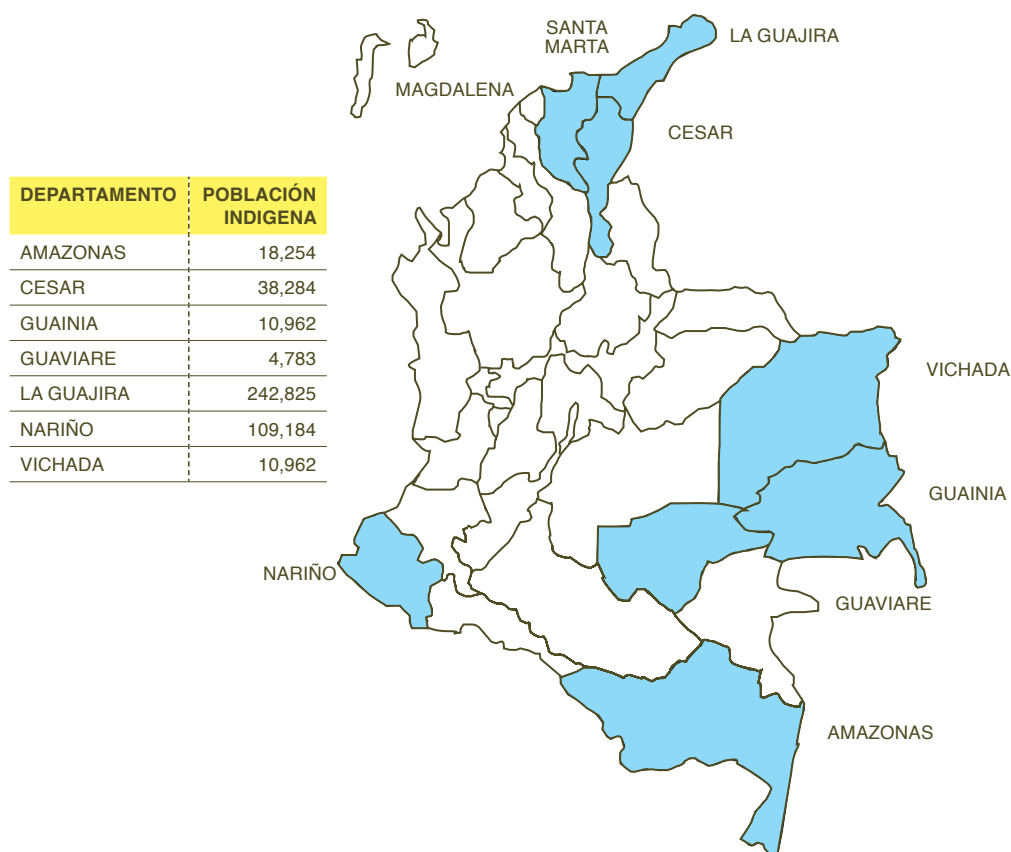
Materiales de comunicación social para la prevención y control de tuberculosis dirigidas a los pueblos indígenas en Colombia.



4 Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis en los Pueblos Indígenas de Colombia: el Reto de la Prevención y el Control. Bogotá, Colombia, 2007.

Resultados >>

FIGURA 1. Mapa de los ámbitos del proyecto de tuberculosis en Colombia, 2002-2007.



El Proyecto ha financiado capacitación de profesionales de la salud, promotores y auxiliares de enfermería indígenas; diseño e impresión de materiales; monitoreo y supervisión; estudios operativos y establecimiento de redes. Por su parte, el Ministerio de Protección Social está financiando los insumos para el Proyecto, incluidos medicamentos antituberculosos, reactivos y recursos humanos.⁵ En Colombia, este componente del Proyecto ha servido para generar y estimular la voluntad política y promover las acciones de control de la tuberculosis, con lo cual se ha logrado una excelente colaboración entre diversos actores, incluida la ACIDI.

5 Organización Panamericana de la Salud. Informe de la visita de monitoreo del Proyecto de la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias en Colombia, 16-20 abril 2007.

Dada esta colaboración, para el año 6 se resolvió expandir el Proyecto para incorporar AIEPI dirigido a las comunidades indígenas, con el fin de responder a las necesidades sanitarias principales de los niños indígenas.

El resultado previsto de la ejecución del Proyecto era que *la estrategia DOTS/TAES se hubiera puesto en práctica entre la población indígena, con base en un modelo de participación de la comunidad*. En el Cuadro 2 se presenta el avance logrado con respecto a ese resultado medido con el indicador propuesto. Debido a que las poblaciones objeto no tenían acceso a tratamiento directamente observado con anterioridad a este Proyecto, se parte del supuesto que la línea de base era cero.

CUADRO 2. Tratamiento directamente observado de la tuberculosis, población indígena de cuatro departamentos de Colombia, por departamento y por año, 2003 a 2007.

Departamento	Porcentaje de casos nuevos de tuberculosis que recibe tratamiento directamente observado (Meta del indicador = 100%)				
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Amazonas	NA	100	73	100	100
Guajira	NA	86	100
Cesar	NA	NA	100	100	100
Nariño	NA	NA	NA	100	100

NA: No se aplica. Las actividades del Proyecto no se habían iniciado aún en el departamento.

...: Dato no disponible; las actividades del Proyecto se suspendieron temporalmente debido a disturbios políticos.



Niños de la comunidad Duingueka en el departamento de la Guajira, Colombia.

Resultados >>

Si bien estas cifras parecen auspiciosas, y lo son, no hay información sobre la magnitud del problema de la tuberculosis entre la población objeto: por ejemplo, no se sabe la proporción de pacientes con síntomas respiratorios captada por el sistema ni cuántos de esos pacientes se examinan por baciloscopia. En 2007, como resultado de una visita de monitoreo de las actividades del Proyecto, se recomendó cambiar los indicadores de este resultado, de modo de reflejar con mayor exactitud los avances con respecto a la estrategia TAES.⁶ Entre los puntos más importantes de esa visita de monitoreo se destacan a) el reconocimiento de que el Proyecto ha dado la oportunidad de poner en marcha los cinco elementos de la estrategia TAES y b) la recomendación de que se haga hincapié en la detección de casos y supervisión del tratamiento.

Los departamentos que más tiempo llevan en el Proyecto (4 a 6 años) han mostrado mejoría en algunos indicadores trazadores, como se observa en el Cuadro 3.

CUADRO 3. Cambio en los indicadores de captación de sintomáticos respiratorios y éxito del tratamiento, por departamento.

Departamento	Captación de sintomáticos respiratorios (%)		Porcentaje de cambio	Tratamiento exitoso (%)		Porcentaje de cambio
	2002	2006		2002	2006	
Amazonas	73	95	30,1	74	87	17,6
Cesar	90	89	-1,1	89	93	4,5
Nariño	30*	51	70,0	82	86	4,9

*Datos de 2003.

6 Organización Panamericana de la Salud. Informe de la visita de monitoreo del Proyecto de la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias en Colombia, 16-20 abril 2007.

En el Cuadro 4 se resumen otros productos logrados en los municipios con al menos dos años de ejecución. En total, 356 profesionales de salud y promotores y líderes indígenas han recibido capacitación en la estrategia TAES.

CUADRO 4. Personal capacitado y otros productos del componente de tuberculosis del Proyecto en Colombia, por departamento, 2007.

Departamento	Personal capacitado	Insumos y servicios
Amazonas	22 promotores de salud y 12 bacteriólogos.	Libros de registro de tuberculosis (sintomáticos respiratorios, laboratorio y pacientes); sellos de sintomático respiratorio. Existe una red de microscopia de 22 puestos de trabajo y 12 laboratorios.
Cesar	3 enfermeras, 7 médicos 29 promotores de salud, 2 laboratoristas.	
La Guajira	5 enfermeras, 7 médicos 30 promotores de salud, 2 laboratoristas.	
Guainía	8 médicos, 8 enfermeras, 6 bacteriólogos, 4 de otros profesionales de la salud; 33 promotores sanitarios (16 promotores indígenas, 16 auxiliares de enfermería, 1 auxiliar de laboratorio).	Libros de registro (sintomáticos respiratorios, laboratorio y pacientes); sellos de sintomático respiratorio.
Guaviare	7 enfermeras, 10 auxiliares de enfermería, 2 médicos 4 5 promotores de salud, 16 laboratoristas (4 bacteriólogos y 12 auxiliares).	Insumos para baciloscopia en 30 puestos de lectura; libros de registro (sintomáticos respiratorios, laboratorio y pacientes); sellos de sintomático respiratorio.
Magdalena	2 promotores, 12 auxiliares de enfermería, 1 baciloscopista y 11 candidatos a promotores.	Libros de registro de tuberculosis (sintomáticos respiratorios, laboratorio y pacientes); sellos de sintomático respiratorio.
Nariño	30 promotores indígenas, 23 promotores sanitarios, 7 microscopistas.	Morral y materiales para promotores.
Santa Marta	28 médicos, 2 bacteriólogos, 2 auxiliares de enfermería.	Libros de registro de tuberculosis (sintomáticos respiratorios, laboratorio y pacientes); sellos de sintomático respiratorio.
Vichada	1 médico, 2 enfermeras, 2 bacteriólogos y 3 de otros profesionales de la salud; 11 promotores sanitarios, 6 auxiliares de enfermería, 1 líder comunitario voluntario y 2 docentes indígenas rurales.	Libros de registro (sintomáticos respiratorios, laboratorio y pacientes); sellos de sintomático respiratorio.

Fuente: Informe de la visita de monitoreo del Proyecto, 16-20 de abril de 2007.⁶

Resultados >>

Efectos positivos del Proyecto en Colombia con respecto a tuberculosis

Las acciones del componente de tuberculosis en Colombia han logrado llevar la estrategia TAES a una población que no tenía acceso a servicios de detección y tratamiento de esa enfermedad. Actualmente la estrategia se está aplicando en siete departamentos, aunque con distinto grado de avance, ya que los departamentos de Guainía, Guaviare y Vichada solo se incorporaron al Proyecto en septiembre de 2006.

- ▶ En general, se ha visto un alto grado de compromiso político con la estrategia TAES en todos excepto uno de los departamentos del Proyecto (Guainía).
- ▶ Como resultado de la aplicación de la estrategia TAES y del aumento de los recursos humanos (véase el Cuadro 3) ha crecido el porcentaje de captación de casos de tuberculosis y de la tasa de curación.
- ▶ Se ha generado cooperación interinstitucional en la aplicación de la estrategia TAES.
- ▶ Se ha ampliado y fortalecido la red de microscopia de tuberculosis, y se cuenta con medicamentos y otros insumos en cantidades apropiadas. El sistema de información en los sitios del Proyecto ha mejorado.
- ▶ Se ha estimulado la colaboración con otros proyectos y la unificación de la planificación de acciones sobre tuberculosis dirigidas a las poblaciones indígenas de todo el país.
- ▶ Se abrió la oportunidad de poner en marcha la estrategia AIEPI entre la población beneficiaria del Proyecto. A partir del año 6, ACIDI aporta recursos financieros a esta expansión del Proyecto entre la población indígena.
- ▶ El Proyecto ha servido de estímulo para mejorar la organización, gestión y supervisión de las actividades y ha abierto una entrada para trabajar en la prevención y control de otras enfermedades que afectan a las comunidades indígenas.
- ▶ Se estima que por cada dólar aportado por el Proyecto el país ha invertido US\$ 8 a 10, garantizándose así la sostenibilidad de las acciones.

Brechas pendientes en Colombia con respecto a la tuberculosis

Dado que las acciones del PCPCD entre la población objeto están estrechamente relacionadas con sus condiciones de vida, las brechas señaladas a continuación se aplican al abordaje de la tuberculosis, en general, entre dicha población. Por otra parte, hay elementos intrínsecos de la situación de la población objeto que son difíciles de abordar, y que están fuera del alcance de cualquier proyecto o, incluso, del sector salud, como son su dispersión geográfica y condiciones de acceso difíciles. No obstante, se señalan acá algunas debilidades detectadas en las visitas de monitoreo y actividades de evaluación:

- ▶ Falta coordinación, seguimiento y evaluación de la aplicación de la estrategia TAES y capacidad departamental para garantizar la gestión y coordinación en el cumplimiento de las actividades, aunque mejoró para el sexto año del Proyecto entre los niveles departamentales y los municipales. Paralelamente, el seguimiento del nivel central (MSP, INS) a los departamentos es insuficiente, especialmente para asesorar, monitorear y evaluar la aplicación de la estrategia TAES. La asesoría del Instituto Nacional de Salud ha mejorado en cuanto a las acciones de la red nacional de laboratorios y vigilancia en salud pública.
- ▶ El trabajo interprogramático e intersectorial para abordar factores determinantes de la tuberculosis, como la desnutrición, debe ser fortalecido.
- ▶ La inestabilidad del personal local e institucional que trabaja en tuberculosis es alta y afectará la sostenibilidad de las acciones del Proyecto y otras.
- ▶ Es necesario fortalecer la abogacía y el diálogo con las autoridades tradicionales indígenas.
- ▶ Hay dificultades de comunicación entre los centros urbanos y los puestos de salud rurales dispersos.
- ▶ La evaluación externa de desempeño de la red de laboratorios locales de parte de los departamentos necesita mejorarse.

Enfermedad de Chagas

El objetivo general de este componente del Proyecto es que haya personal capacitado que pueda diseñar y poner en práctica un sistema de vigilancia de la enfermedad de Chagas que funcione con participación activa de la comunidad en los países beneficiarios, es decir, Paraguay y Perú. Para este componente, el Proyecto adoptó un enfoque para la prevención y el control de la enfermedad, que incorpora a diversos sectores, como son los de educación y fuerzas armadas.

El Proyecto se inició en el Perú en diciembre de 2002 en dos distritos (Hunter and Tiabaya) del departamento de Arequipa, y en el Paraguay, en octubre de 2002 en tres regiones sanitarias (Concepción, Cordillera y Paraguari). Las zonas elegidas tenían una alta densidad del vector (*Triatoma infestans*) e índices de pobreza altos. Dado los buenos resultados logrados durante los primeros años de actividades, se ha expandido la zona geográfica de acción en ambos países. También se sumaron actividades nuevas en las provincias de Manabí y Oro en el Ecuador en la programación correspondiente al sexto año del Proyecto.

Resultados >>

Este componente tiene características comunes en Paraguay y Perú:

- ▶ Las actividades tienen por objeto contribuir a resolver el problema de la enfermedad de Chagas con la participación de la comunidad y a la sostenibilidad de acciones y logros.
- ▶ Las actividades responden a las recomendaciones de la Comisión Intergubernamental de Eliminación de *Triatoma infestans* y la Interrupción de la Transmisión Sanguínea de *Trypanosoma cruzi* de la Iniciativa del Cono Sur (INCOSUR) y se enmarcaron en el ámbito de esa Iniciativa.
- ▶ El reforzamiento de las actividades de supervisión relacionadas con la vigilancia del vector y el rociado para interrumpir la transmisión vectorial es un aspecto importante del Proyecto.
- ▶ Contribuir a la visibilidad nacional de la enfermedad de Chagas, estimulando decisiones en materia de prevención y control de esta endemia.

Paraguay

Las acciones del PCPCD en el Paraguay se han concentrado en la vigilancia del vector en las tres regiones sanitarias que tenían los índices de infestación por *Triatoma infestans* más altos del país: Concepción, Cordillera y Paraguari. A partir del cuarto año de implementación, las actividades de vigilancia con la participación de las escuelas, y en coordinación con el Ministerio de Salud y Bienestar Social, se extendieron a Guairá y San Pedro, a partir del año cinco a Misiones y a partir del año 6 a Caaguazú y Caazapá (Figura 2).

FIGURA 2. Mapa de los ámbitos del proyecto de Chagas en Paraguay 2002-2007.



Al cabo de los primeros 5 años de actividades, el Proyecto había financiado la capacitación de unos 1.990 líderes de la comunidad para asumir la responsabilidad de la vigilancia activa del vector en zonas de riesgo. Asimismo, 39% de las escuelas (de una meta programada de 50% para el final del proyecto) estaban asumiendo dicha tarea. Como parte del programa escolar, se instauró la Semana de Chagas (marzo de cada año) y se incluyó la enseñanza de la enfermedad en el currículo. Actualmente se están llevando a cabo estudios de conocimientos, actitudes y prácticas entre la población de edad escolar, a fin de afinar las actividades de vigilancia del vector.

En el Paraguay, se definió como resultado esperado del Proyecto el que *se haya establecido un sistema de vigilancia para medir y monitorear la infestación de triatomíneos con la participación de la comunidad*. Durante la evaluación de medio término se revisaron y modificaron los indicadores del Proyecto con el fin de darles más claridad y precisión.

Indicadores actuales (a partir de la evaluación de medio término) y estado de avance

- ▶ **Indicador 1.1** Número de equipos técnicos de vigilancia establecidos y capacitados en la zona del Proyecto (meta = 3).

Ya a fines del primer año del proyecto había tres equipos técnicos de vigilancia debidamente capacitados y establecidos en las áreas del Proyecto.

- ▶ **Indicador 1.2** Número de notificaciones realizadas por la comunidad o sus líderes y escuelas sobre la presencia de triatomíneos que fue atendida por el centro de denuncias y los sectores del Servicio Nacional de Paludismo (SENEPA) [que tiene la responsabilidad de las actividades de prevención y control de la enfermedad de Chagas].

El número de notificaciones sobre la presencia del vector por la comunidad aumentó de 296 durante el segundo año del proyecto (nula en el primer año) a 759 en el tercero y 919 en el cuarto. Durante el quinto año se notificaron 883 observaciones de *Triatoma infestans*.



Participación de los alumnos en las escuelas básicas en acciones de vigilancia para la enfermedad de Chagas, departamento de Paraguari, Paraguay.

Resultados >>

- ▶ **Indicador 1.3** Proporción de líderes comunitarios capacitados que participa activamente en la vigilancia en zonas de riesgo. La meta para el final del Proyecto es de 100%.

Durante los primeros años del Proyecto, este indicador medía el número de líderes comunitarios capacitados sobre número de líderes con los que se necesitaba contar. Así, de un denominador estimado de 3.492 líderes, durante el año 2 se capacitó a 39,9% y en el año 3, a 52,0%. Ya en el año 5, se cambió el indicador para medir el número de líderes capacitado que participa activamente en la vigilancia del vector de la enfermedad de Chagas. Ese mismo año se calculó que 74,4% de los líderes comunitarios capacitados participaba activamente de la vigilancia del vector.

- ▶ **Indicador 1.4** Proporción de escuelas en zonas de riesgo que participa en la Semana de Chagas [número de escuelas de las comunidades del proyecto que participa en la Semana de Chagas sobre número total de escuelas en zonas de riesgo]. La meta para el final del proyecto es de 50%.

El número de escuelas en áreas endémicas suma 2.750: 219 en Caaguazú, 213 en Caazapá, 404 en Concepción, 396 en Cordillera, 299 en Guairá, 457 en Paraguarí y 762 en San Pedro. En 2007, 1.084 ó 39,4% de las escuelas habían participado en la Semana de Chagas.

En el Cuadro 5, se presenta el número y proporción de la población beneficiaria del Proyecto en los departamentos donde se llevan a cabo las actividades.

CUADRO 5. Población beneficiaria del componente de enfermedad de Chagas del Proyecto, por departamento, marzo 2007.

Departamento	Población total	Población rural beneficiaria del Proyecto		Alumnos que participan en la semana de Chagas	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Concepción	179.450	110.929	61,8	8.646	100%
Cordillera	233.854	155.999	66,7	33.832	100%
Guairá	178.650	117.309	65,7	26.166	100%
Paraguarí	221.932	170.782	77,0	31.752	100%
San Pedro	318.692	262.843	82,5	46.599	100%

Efectos positivos del Proyecto en el Paraguay con respecto a la enfermedad de Chagas

En este componente del Proyecto en Paraguay, las acciones propuestas han mostrado gran progreso, a saber:

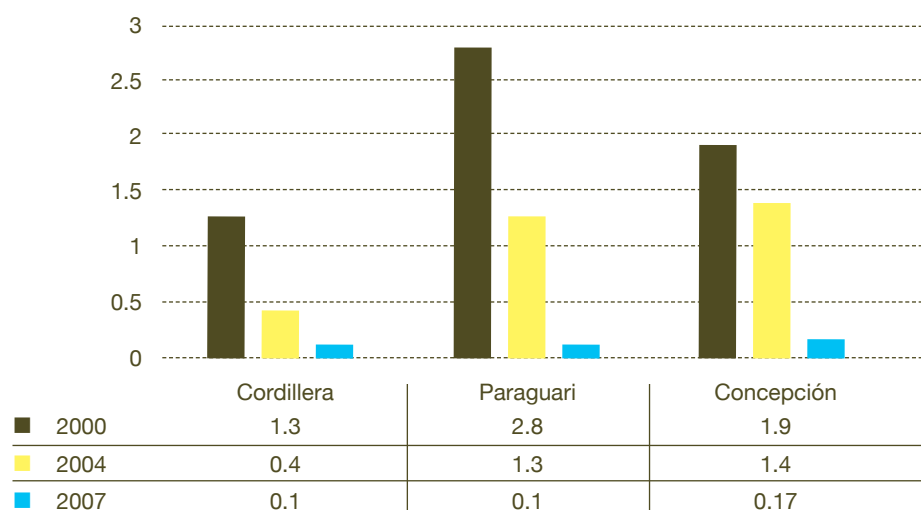
- ▶ Se ha avanzado significativamente en la vigilancia comunitaria de la infestación por triatomíneos, que cuenta con vigilancia entomológica sistemática de la infestación de viviendas realizada por medio de líderes comunitarios, y en la cual participan las escuelas. También se da la búsqueda activa por el Programa Nacional. El éxito de las acciones se refleja en los indicadores (véanse párrafos anteriores).
- ▶ La firma de un acuerdo entre el SENEPA (Ministerio de Salud) y el Ministerio de Educación y Cultura con el fin de llevar a cabo actividades escolares (descritas en párrafos anteriores) ha generado excelentes resultados en cuanto a participación y apoyo de la comunidad a las acciones de control vectorial. En marzo de 2007 había un poco más de 1.000 escuelas de zonas de riesgo participando en las actividades de la Semana de Chagas. El éxito obtenido con esta colaboración interministerial llevó al establecimiento de un nuevo programa, *Paraguay sin Vinchucas*.
- ▶ Se logró incorporar la enfermedad de Chagas a las actividades regulares del programa escolar y el currículo, como una competencia básica en la materia de ciencias.
- ▶ El Proyecto financiado por ACIDI ha permitido culminar el proceso de interrupción de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Triatoma infestans* en la región oriental del Paraguay, efecto que hasta ahora no se había podido lograr en el país y que es un gran logro para la salud pública del país (Figura 3).
- ▶ Asimismo, se ha montado un sistema de información central que recoge, analiza, retroalimenta y se usa para la toma de decisión con respecto a Chagas, lo cual representa un hito en un sistema de salud cuyos sistemas de información y vigilancia de la salud son reconocidamente débiles.
- ▶ Aunque aún queda reforzar ciertos aspectos del sistema de vigilancia vectorial de *Triatoma infestans*, las bases son sólidas para continuar el perfeccionamiento, especialmente en relación con la estratificación geográfica según riesgo y el establecimiento consecuente de prioridades.
- ▶ El rociado con insecticidas de acción residual para controlar la infestación de las viviendas se realiza con recursos nacionales.
- ▶ Las acciones de vigilancia iniciadas con este Proyecto han sido asumidas progresivamente por el país y, a la fecha, la mayoría cuenta con financiación del presupuesto nacional, lo cual ha contribuido a dar sostenibilidad a las acciones del programa de control del vector.



Tarjeta informativa para la vigilancia de la enfermedad de Chagas en las comunidades de Paraguay.

Resultados >>

FIGURA 3. Impacto Posintervención en los departamentos del proyecto alta endemicidad



- ▶ El proyecto Chagas se realizó conjuntamente con el proyecto de ITS en el área de transmisión vertical (sífilis y Chagas congénita), que sirvió para fortalecer la detección de casos en neonatos, organizar la recopilación de información y datos de ambos programas y realizar supervisión conjunta entre los programas de Chagas e ITS (que fortaleció el programa de ITS).

Brechas pendientes en el Paraguay con respecto a la enfermedad de Chagas

Del análisis de los documentos se perciben dos tipos de brechas a abordar. El primero, tiene que ver con elementos pendientes del Proyecto actual y con el resultado esperado anteriormente descrito, y son:

- ▶ Aún se advierten ciertas debilidades en la capacidad de análisis de situación a nivel central, especialmente en el análisis de tendencias temporales por localidad. También hay deficiencias relacionadas con la automatización de la información y el manejo de datos (duplicación de registros, falta de consolidación rutinaria).

- ▶ A nivel nacional, el transporte y escasez de recursos humanos capacitados para realizar actividades de campo presentan limitaciones, especialmente en vista de la dispersión de las comunidades y del gran esfuerzo necesario para llegar a ellas. Tampoco se cuenta con un buen sistema de comunicación.

El segundo tipo de brecha surge del contraste generado por la implementación del propio Proyecto, que puso de manifiesto que es posible integrar a la comunidad en la vigilancia del vector de la enfermedad de Chagas y que, por lo tanto, ampliar las actividades a otros departamentos donde la infestación por *Triatoma infestans* es un problema podría eliminar la transmisión vectorial de todo el territorio nacional. Asimismo, en las visitas de monitoreo y evaluación del Proyecto se determinó que el sistema de detección de enfermedad de Chagas congénita tiene debilidades, tanto en la aplicación de una política de atención a la mujer seropositiva durante el control prenatal, como en el seguimiento de sus hijos tres meses después del parto. Otros vacíos en relación con esta enfermedad son la falta de un sistema de referencia para la atención del paciente chagásico crónico, aunque el Proyecto ha aportado recursos para mejorar el sistema de información del Programa Nacional, en respuesta a las recomendaciones de la evaluación de medio término y de visitas de monitoreo.

Perú

En Perú, las actividades del PCPCD apoyan las líneas de acción del *Plan Macrorregional de Eliminación de Triatoma infestans e Interrupción de la Transmisión por Transfusión sanguínea de Trypanosoma Cruzi* dirigido a la macrorregión sur del país. El Plan incluye acciones específicas relacionadas con el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la enfermedad, detección de la infección entre donantes de sangre por serología, gestión institucional e investigación operativa. También incluye los aspectos de promoción y educación para la salud, participación comunitaria, eliminación de *Triatoma infestans* y vigilancia epidemiológica, que son las que reciben financiamiento del Proyecto.

Campaña de comunicación social para la vigilancia comunitaria de la enfermedad de Chagas en Arequipa, Perú.



Resultados >>

El resultado esperado del Proyecto con respecto a la enfermedad de Chagas en este país es que *el vector haya sido eliminado de las viviendas y el peridomicilio mediante desinsectación y se haya instalado un sistema de vigilancia entomológica posrociado con la participación de hombres y mujeres de Arequipa, Moquegua y Tacna.*

El indicador de este resultado esperado es la proporción *de viviendas desinsectadas al final del Proyecto*, con una meta de 18.000 viviendas en el departamento de Arequipa, 3.000 en Moquegua y 1.500 en Tacna. Este indicador se ha mantenido sin cambios a lo largo del proyecto, aunque sí se aumentó el número de viviendas que serán rociadas (meta del indicador) para reflejar los avances logrados con respecto a este resultado. El impacto del rociado y vigilancia sobre la infestación intradomiciliaria se muestra en el Cuadro 6. Después de la visita de monitoreo realizada en noviembre de 2007, se propuso que al final del proyecto haya 32.000 viviendas desinsectadas en Arequipa y 15.000 en Moquegua. Además de haberse aumentado el número de viviendas que serán rociadas, el Proyecto ha extendido su apoyo a zonas geográficas no previstas en el diseño original, como es el caso de los departamentos de Moquegua y Tacna.

CUADRO 6. Índice de infestación intradomiciliaria antes y después del segundo ciclo de rociado, por distrito, Región Arequipa, 2003 a marzo de 2008.

Distrito	Fase de control		Fase de vigilancia		
	Índice de infestación intradomiciliaria		Fecha de inicio de la vigilancia entomológica	Índice infestación intradomiciliaria posvigilancia	
	Línea de base	Después de 2º rociado		Octubre 2006	Octubre 2007
Hunter	15,10 (2003)	0,6	Febrero 2005	0,06	0,09
Tiabaya	21,80 (2004)	1,2	Junio 2005	0,17	0,12
Sachaca	16,41 (2005)	1,5	Enero 2006	0,04	0,06
Uchumayo	10,63 (2005)	0,4	Marzo 2006	0,06	0,27
Socabaya	15,52 (2005)	0,6	Febrero 2007	...	0,07
Bustamante	17,05 (2006)	0,7	Noviembre 2007
Quequeña	23,65 (2007)	0,0	Septiembre 2007
Paucarpata	12,40 (2006)	En proceso	En ataque		
Vitor	12,35 (2006)	0,4	Enero 2008		

... Sin información.

Fuente: GRSA-Unidad de Vectores.

Además de los avances en las actividades de rociado, se ha logrado un alto grado de coordinación y gestión local multisectorial y se ha establecido un sistema de vigilancia con participación de la comunidad en todos los distritos del Proyecto. Estos distritos cuentan con 396 unidades de vigilancia comunal en funcionamiento. Ya está en marcha la integración de los distritos restantes al sistema. Asimismo, los puestos de salud comunitarios realizan vigilancia integrada de las enfermedades que, según la epidemiología local, son más importantes.

En el Cuadro 7 se presenta la prevalencia de infección por *Trypanosoma cruzi* entre donantes de sangre en Arequipa, como indicador indirecto del avance de las acciones. Ese indicador ha disminuido desde 2,24% en 2000 a 0,43% en 2006.

CUADRO 7. Índice de infección por *Trypanosoma Cruzi* en bancos de sangre, Región de Arequipa, Perú, por año, 2000-2006.

Año	Porcentaje reactivo a prueba de ELISA
2000	2,24
2001	3,04
2002	1,09
2003	0,71
2004	0,31
2005	0,45
2006	0,43

Fuente: Laboratorio de referencia regional, Arequipa.

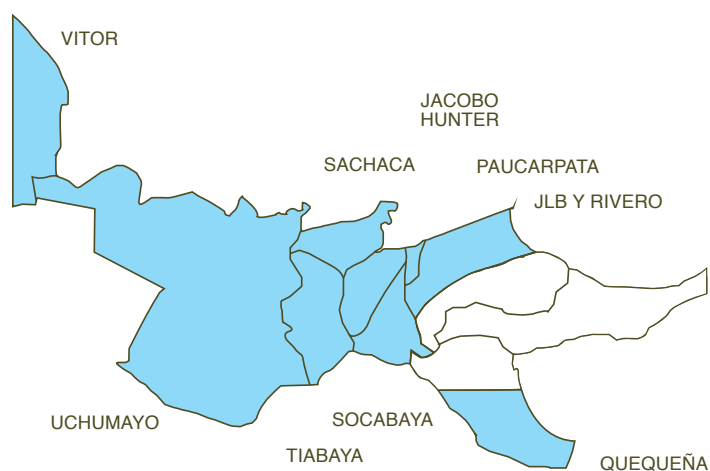
Efectos positivos del Proyecto en el Perú con respecto a la enfermedad de Chagas

- ▶ Ha generado interés político en el ámbito del Ministerio de Salud para hacer frente a la enfermedad de Chagas en la región sur del Perú, que anteriormente no había recibido mayor atención.
- ▶ Se instauraron sistemas de gestión local, regularizar y hacer sistemáticas las acciones de prevención y control y sensibilizar a la comunidad de sus propias necesidades, lo cual le ha dado poder para demandar acciones correctivas, por ejemplo, rociado de viviendas.

Resultados >>

- ▶ Sirvió para movilizar recursos nacionales que, a los tres años de implementación, casi duplicaban el aporte de ACDI, incluidos recursos para comprar insecticidas.
- ▶ Se agregaron paulatinamente otros distritos, a partir de los dos distritos que originalmente eran objeto de las actividades de control del vector (Hunter y Tiabaya en departamento de Arequipa), para alcanzar 9 distritos en Arequipa, 8 en Moquegua y 8 en Tacna (Figura 4; Cuadro 8). En esta última provincia el objeto es controlar la reinfestación y aprovechar la oportunidad de interrumpir la transmisión vectorial, que sería la primera zona del Perú que lograría este hito.

FIGURA 4. Distritos de intervención del proyecto en Arequipa.



- ▶ Para la participación de la comunidad en la vigilancia del vector, 460 puestos de vigilancia en las zonas del proyecto, como sigue: 396 in Arequipa, 52 in Moquegua y 12 in Tacna. El Proyecto incluye un componente importante de comunicación social en Arequipa y Moquegua.
- ▶ Se generó un alto grado de participación de la comunidad en la ejecución del Proyecto, para aumentar su potencial de sostenibilidad, especialmente a la vigilancia del vector, siempre que se mantengan los insumos, los recursos humanos y su capacitación.

En el ámbito político e institucional, se han generado alianzas que contribuyen al mejor desempeño y efecto de las acciones. Por ejemplo, el Ministerio de Salud, ha asumido un compromiso financiero y político con el propósito del Proyecto, para lo cual proporciona y garantiza las existencias de insumos (insecticida, medicamentos y otros) y participa en las actividades de seguimiento. La Dirección Regional de Salud y las alcaldías también han asignado recursos en Arequipa para complementar los aportes de ACIDI al Proyecto, y es evidente el compromiso político en las acciones de control de la enfermedad de Chagas en la región. Se han promulgado ordenanzas municipales para declarar estado de emergencia sanitaria y facilitar así la ejecución del proyecto de control de la enfermedad de Chagas. También participan en las actividades del proyecto algunas universidades (Católica Santa María y Nacional San Agustín), el Ejército, y otras instituciones locales. Sin duda, lo anterior sienta las bases para dar sostenibilidad a las acciones en curso y a los logros obtenidos.

CUADRO 8. Viviendas infestadas por *Triatoma infestans* y rociadas como parte del Proyecto y brecha por cubrir, por provincia, Perú, 2007.

Departamento	Viviendas del departamento				Viviendas rociadas				
	Total viviendas	Total viviendas en áreas del riesgo		Meta del proyecto (% de viviendas infestadas)		Mediados 2007 (Cobertura de viviendas infestadas)		Brecha	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Arequipa ^a	214.592	94.353	44,0	32.000 ^b	33,9	24.560	26,0	62.353	66,1
Moquegua	24.205	23.722	98,0	15.000 ^c	63,2	4.972	20,9	8.722	36,8
Tacna	55.438	1.632	5,1	1.500	91,9	855 ^d	52,4	132	8,1

^a Datos sobre viviendas correspondientes a 2002. ^b La meta original fue de 18.000 viviendas, que se alcanzó en 2006, y se aumentó a 32.000 durante la visita de monitoreo de noviembre de 2007. ^c La meta original fue de 3.000 viviendas, que se alcanzó en 2006, y se aumentó a 15.000 durante la visita de monitoreo de noviembre de 2007. ^d Solo un ciclo de rociado. El indicador de la meta requiere dos ciclos.

Resultados >>

Brechas pendientes en el Perú con respecto a la enfermedad de Chagas

Desde su inicio, el Proyecto tenía por objeto trabajar en dos distritos de Arequipa, con la intención de ampliar las acciones si se obtenían resultados positivos con respecto a la infestación por *Triatoma infestans*. Así, las acciones se extendieron a las provincias de Moquegua y Tacna, pero queda aún mucho por hacer para tratar de eliminar la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en el sur del Perú, compromiso que rebasa los límites de este Proyecto.

Durante la visita de evaluación de medio término se determinó la necesidad de hacer operativo el *Plan Macrorregional de Eliminación del Triatoma infestans e Interrupción de la Transmisión por Transfusión de Trypanosoma cruzi*, comenzando por su reformulación con el método del marco lógico y con base en las normas nacionales. Asimismo, se recomendó la integración de la prevención y control de la enfermedad en los acuerdos de gestión de todas las regiones endémicas del país y el mantenimiento del compromiso del Gobierno Nacional con respecto a la disponibilidad de insumos y recursos humanos.

Por último, queda pendiente el mejoramiento de la capacidad de supervisión técnica y del sistema de información, incluida su gestión, para mejorar el análisis de datos y hacerlos útiles para planificar y tomar decisiones.

En el Cuadro 8, se observa que en Arequipa hay un total de 94.353 viviendas infestadas por el vector de la enfermedad de Chagas, o 44% del total; en Moquegua, un total de 23.722 ó 98,0% del total, y en Tacna, 1.632 o 5,1% del total, que afecta a 434.923 (46,1%), 55.192 (37,5%) y 10.000 (3,6%) personas, respectivamente, en cada provincia. Asimismo, se puede ver que al concluir el Proyecto se habrá rociado 34% de las viviendas que lo necesitan en Arequipa y 63% en Moquegua.

Puestos de vigilancia comunal para la enfermedad de Chagas en Arequipa y Tacna, Perú.



Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

En el Documento de Proyecto se plantean como objetivos específicos para este componente 1) determinar la magnitud y tendencias de las epidemias de VIH e ITS y de los comportamientos y factores socioculturales que facilitan su diseminación; 2) mejorar la atención de las personas con ITS, y 3) mejorar la calidad y cobertura de la atención de las personas que viven con el VIH y el sida, por medio de la estrategia Paso a Paso (*building blocks*).⁷ El componente formaría parte del Proyecto en Colombia, Ecuador y Paraguay. Como se puede ver en el Cuadro 1, en páginas anteriores, las actividades actualmente solo continúan en el Paraguay. En Colombia, desde un comienzo hubo dificultades para implementar el Proyecto debido a la falta de un programa nacional de prevención y control del VIH y las ITS, por lo cual se suspendió el financiamiento de ACDI en 2003. Asimismo, en la segunda ronda el país recibió la aprobación del financiamiento del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, lo cual reafirmó la decisión de discontinuar el financiamiento del componente en Colombia. En el Ecuador, se realizaron actividades para mejorar la capacidad nacional de respuesta al VIH y se elaboraron guías nacionales para la atención de PVVIH/sida. También se ayudó a crear las condiciones para recibir financiamiento del Fondo Mundial.

Paraguay

Durante la visita realizada al país para la elaboración del Proyecto, se decidió dar prioridad a las ITS, en especial, a la sífilis, incluida la congénita, para la cual no existía un programa de prevención, es decir, no se hacía detección ni diagnóstico de sífilis como parte de la atención prenatal, ni menos fuera de ella. Se propusieron tres resultados esperados para este componente:

RE 1: *Se ha fortalecido la gerencia y el desarrollo del programa de infecciones de transmisión sexual para ampliar el enfoque y controlar las ITS, con énfasis en sífilis congénita y en temas de género.*

RE2: *Se ha ampliado la cobertura del diagnóstico y tratamiento de sífilis en mujeres embarazadas y recién nacidos.*

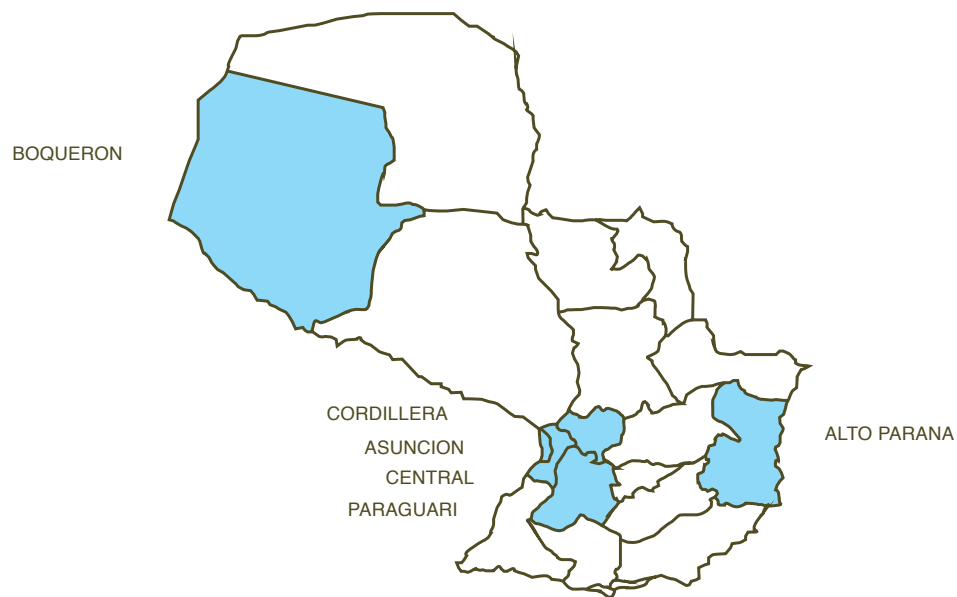
RE3: *Se ha fortalecido el sistema de vigilancia de las ITS e incorporarán actividades de vigilancia de segunda generación que incluyen factores de comportamiento, género y demográficos.*

⁷ Atención integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas que viven con VIH/SIDA en las Américas, OPS/OMS, abril de 2001.

Resultados >>

El Proyecto se inició en 2002 en siete regiones, pero en respuesta a las recomendaciones de una evaluación del Programa Nacional de Sida (PRONASIDA) realizada conjuntamente con una visita de monitoreo del PCPCD en abril de 2005, se decidió concentrar las acciones en solo tres departamentos. Tomando en cuenta la infraestructura y los recursos humanos disponibles, la decisión fue de continuar trabajando en Boquerón, Cordillera y Paraguarí en el cuarto año del Proyecto. Las dos últimos presentaban la ventaja adicional de haber desarrollado su infraestructura con la implementación de las actividades de prevención y control de la enfermedad de Chagas con las cuales se pueden coordinar las acciones de ITS. En vista de los logros alcanzados, en 2006 las actividades se ampliaron a las regiones de Alto Paraná, Central y Asunción (Figura 5).

FIGURA 5. Mapa sobre los ámbitos del proyecto en Paraguay, 2005-2007.



En las Figuras 6 y 7 se presentan los avances en relación con el resultado de la cobertura del diagnóstico y tratamiento de embarazadas con serología positiva para sífilis por año del Proyecto (2005-07).

FIGURA 6. La cobertura del diagnóstico de sífilis en embarazadas en los servicios de salud del proyecto en Paraguay, 2005-2007.

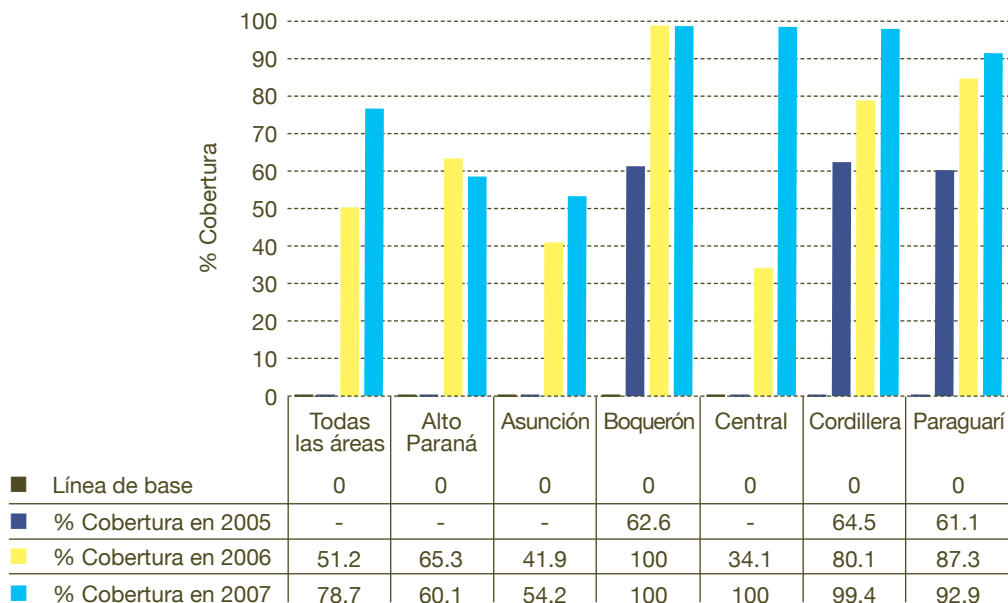
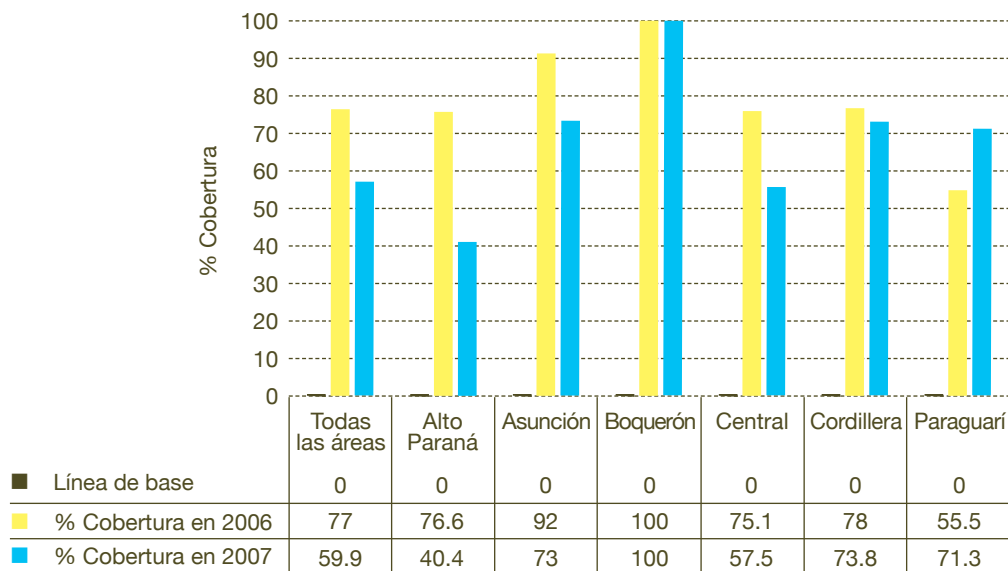


FIGURA 7. La cobertura del tratamiento de las embarazadas con serología positiva para sífilis, 2005-2007.



Resultados >>

Efectos positivos del Proyecto en el Paraguay con respecto a las infecciones de transmisión sexual

Hay resultados obtenidos con este Proyecto que no se pueden medir con los indicadores programados. Un ejemplo notorio es la visibilidad que se ha dado al problema de sífilis entre mujeres embarazadas y la consecuente sífilis neonatal.

- ▶ Gracias a las actividades de cabildeo y por medio del apoyo otorgado por el Proyecto y también las Mesas Temáticas de Género y Salud (véase también el componente de Género en párrafos posteriores), las autoridades vieron la necesidad de hacer frente a este problema, ya que en la visita de inicio del Proyecto hubo gran resistencia a integrarlo a las acciones. Durante las visitas de monitoreo del Proyecto se defendió la importancia del tema y la necesidad de abordarlo, especialmente teniendo en cuenta que es un problema de salud pública que se puede controlar e, incluso, eliminar, ya que su diagnóstico y tratamiento son accesibles.
- ▶ El giro ha sido tal que, en un país donde la atención de salud pública no otorga medicamentos, el Gobierno Nacional asumió el compromiso de proporcionar gratuitamente la prueba de detección de sífilis a las embarazadas y tratamiento de la infección a ellas y sus parejas sexuales en todo el país (Resolución 693 de agosto de 2005). Este es un producto de las acciones de las Mesas Temáticas de Género mencionado anteriormente.
- ▶ Se constituyó un Programa Nacional de ITS asociado al Programa Nacional de Sida, de modo que la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual ya tienen, al menos, un reconocimiento oficial y personas responsables de las acciones. El Proyecto fue el único sostén del Programa hasta el quinto año de ejecución, por lo cual su contribución al establecimiento y fortalecimiento del último ha sido fundamental.
- ▶ Se logró formar una coalición entre el PRONASIDA, la OPS y UNICEF que tiene por objeto prevenir la transmisión de la sífilis y el VIH de la madre al hijo.
- ▶ Se aumentó la cobertura del diagnóstico de sífilis y VIH entre las mujeres embarazadas así como del tratamiento de la madre y los recién nacidos, que incluye el control sistemático, tanto clínico como epidemiológico, de los últimos.
- ▶ Se obtuvo la línea de base para la prevalencia de sífilis y VIH en puérperas y de infección por VIH entre trabajadores sexuales, por medio de un protocolo aplicado en ocho regiones del país que acumulan aproximadamente 40% del total de casos de sífilis: Asunción, Alto Paraná, Amambay, Caaguazú, Central, Concepción, Itapúa y Presidente Hayes.

- ▶ Se logró incrementar el personal dedicado a las infecciones de transmisión sexual en el Ministerio de Salud, y llevar el modelo de atención desarrollado en el marco del Proyecto al ámbito nacional para la transmisión vertical de sífilis y VIH y el abordaje del manejo sindrómico de las ITS. Se han extendido los modelos de capacitación y supervisión y los materiales al resto del país. La implementación del manejo sindrómico en los servicios seleccionados del proyecto sirvió de modelo y aliciente para su extensión a nivel nacional.
- ▶ Se realizaron actividades conjuntas con el Programa de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) a través de la implementación de un plan de colaboración estratégica ITS-SSR 2005-2007. El plan incluyó la conformación de un equipo de técnico nacional para monitorear su implementación, la elaboración de la guía conjunta de ITS-Salud Sexual y reproductiva y la capacitación para la aplicación de la guía (ITS y SSR) a través del proceso de educación permanente. Eso fue el producto de la colaboración entre OPS y UNFPA.
- ▶ El país presentó con éxito una propuesta de financiamiento al FMSTM. El PCPCD tuvo un aporte vital en la preparación del país para solicitar y recibir esos recursos, especialmente en relación con el objetivo 2 sobre sífilis y sífilis congénita. Asimismo, se hizo una planificación conjunta con representantes del Beneficiario Principal del FMSTM para hacer un uso óptimo de los recursos disponibles y evitar duplicaciones.

Brechas pendientes con respecto a las infecciones de transmisión sexual en el Paraguay

Si bien se ha visto avance, el componente de infecciones de transmisión sexual del Proyecto ha enfrentado barreras casi inquebrantables desde su inicio, algunas de carácter estructural fuera del alcance del Proyecto, por ejemplo, el hecho de que el Gobierno no proporciona medicamentos gratuitos para el manejo sindrómico de ITS como parte de la atención de salud pública, que fue uno de los compromisos nacionales contraídos al inicio del Proyecto. Esta es una barrera que impide la puesta en marcha de la atención sindrómica de las ITS, ya que esa estrategia tiene como base el diagnóstico y tratamiento de la infección en la primera consulta del paciente a los servicios.

Las ITS tradicionalmente han recibido muy poca atención de las autoridades de salud. Mediante este Proyecto se trató de influir en las autoridades para que el Programa Nacional de ITS, adjunto al de VIH, se fortaleciera, al menos para establecer la vigilancia epidemiológica y aproximar el conocimiento de la prevalencia de estas infecciones (resultado esperado 3). Quizás una lección aprendida importante que deja esta situación es que las autoridades nacionales desde un principio demostraron falta de interés por las ITS y la población afectada por ellas, pero en opinión de los socios internacionales, esta era una brecha que no se podía ni debía dejar sin atender. En los años más recientes, y como resultado del intenso cabildeo en defensa de la atención de las ITS se ha generado mayor interés en el ámbito nacional para atender estas infecciones.

Resultados >>

Programa Integrado de Atención de la Salud en Boquerón

Boquerón es un departamento del Paraguay en el Chaco paraguayo donde al tercer año del Proyecto se inició con carácter piloto un subproyecto que integraba todos los componentes del Proyecto en el ámbito regional y local. El subproyecto tenía como propósito desarrollar los recursos humanos locales, principalmente auxiliares de enfermería, para responder a las necesidades sanitarias de la población indígena y criolla en tres distritos del departamento, con un enfoque apropiado desde el punto de vista cultural. El piloto abarcó 30 comunidades indígenas.

En la evaluación de medio término se determinó un alto grado de responsabilidad compartida en el diseño del subproyecto, incluida la participación de las esferas central y departamental del Ministerio de Salud y Bienestar Social, así como de las autoridades departamentales. El compromiso de todas las partes se registró en una carta de entendimiento entre el Ministerio de Salud y la Gobernación del departamento, además de la región sanitaria correspondiente. El grupo evaluador recomendó que, ante la voluntad política demostrada y los avances realizados con el proyecto piloto, se agregara este como un nuevo componente al PCPCD en el quinto año, con su propio resultado esperado e indicadores:

RE: *Se ha implementado un programa integrado de atención primaria de salud con enfoque multicultural y equidad en las comunidades del departamento de Boquerón en el Chaco paraguayo.*

Los indicadores definidos para este resultado son:

- ▶ Proporción de profesionales de salud del nivel local que brinda atención integral con enfoque multicultural (Meta=80%).
- ▶ Se cuenta con una escuela establecida y en funcionamiento para la formación de técnicos locales para trabajar con un enfoque intercultural.
- ▶ Proporción de los servicios de salud que cuentan con un sistema de información en salud y lo aplican para la programación local. (Meta: 50%).
- ▶ Proporción de las comunidades y aldeas que participan en la planificación de acciones de salud (Meta: 50%).

Participación comunitaria en la planificación de acciones prioritarias en salud en el departamento de Boquerón, Chaco Paraguayo.



Durante el año 5 del Proyecto, primer año de ejecución formal de este componente, se realizaron actividades para mejorar la capacidad local de atención de salud de la población, con sensibilidad cultural, y se capacitaron recursos humanos a ese efecto. Esto incluyó la preparación para elaborar un currículo culturalmente apropiado y la realización del diagnóstico local para determinar la factibilidad de establecer una escuela de capacitación en Boquerón. Actualmente se trabaja en 42 comunidades y aldeas.

En la actualidad, 60% (42/70) del personal de salud que trabaja en las comunidades brinda atención con enfoque cultural y más de 60% de las comunidades y aldeas participaron en la planificación de acciones en salud a través de los promotores locales.

Efectos positivos del Proyecto en el Paraguay con respecto al Programa Integrado de Salud de Boquerón

El hecho de haber apoyado en principio un proyecto piloto para esta zona del Paraguay tuvo el efecto de un proyecto demostrativo, en el que se logró coordinar a muchos participantes y que culminó exitosamente en la consecución de fondos para ampliar y seguir adelante con el Proyecto.

Debe destacarse la flexibilidad de ACIDI para ampliar el proyecto con el fin de agregar un componente no previsto originalmente, que favorecerá a un grupo de población con grandes necesidades, que en el futuro podrían atenderse de manera integral y no por medio de programas individuales. En este caso, y dada las características de esta población, el enfoque integral evita la superposición de esfuerzos en la preparación de recursos humanos sensibles a las diferencias culturales y capacitados para actuar frente a ellas.

El abordaje integrado de este programa atiende las necesidades sentidas de la población y hace un uso más eficaz de los recursos humanos, de por sí escasos, fortaleciendo la atención primaria de la salud entre los grupos beneficiarios del Proyecto.

El PCPCD ha dado visibilidad a los problemas y necesidades de la población de Boquerón (no solo de salud) y ha contribuido a establecer el Chaco como una prioridad de la cooperación técnica.

Resultados >>

Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

Este componente del PCPCD tiene por objeto ampliar la cobertura de la estrategia de Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y contribuir así al Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad de menores de cinco años de edad en dos tercios entre 1990 y 2015 en las Américas. El Proyecto apuntaría a las brechas existentes como resultado de acciones aún no implementadas o a poblaciones sin cobertura. Así, se decidió que un objetivo del componente sería mejorar el conocimiento de los profesionales de la salud sobre las enfermedades de la población menor de 5 años de edad mediante el perfeccionamiento de los programas de estudio de las carreras sanitarias, tales como medicina, enfermería y salud pública.

Así, con el fin de mejorar la sostenibilidad de los resultados de la aplicación de la estrategia AIEPI, se consideró que era fundamental que los profesionales de la salud recibieran instrucción sobre la estrategia como parte del currículo universitario de la carrera correspondiente y para reflejarlo, se incluyó en el Proyecto el siguiente resultado esperado: *AIEPI se ha aceptado e incorporado en cursos de pre y posgrado en las escuelas de ciencias de la salud (medicina, enfermería y salud pública) en las áreas objeto del Proyecto.* A la fecha, 33 escuelas de ciencias de la salud han incorporado AIEPI a su currículo académico, de un total de 12 propuestas como meta para el final del Proyecto. No obstante, un obstáculo al logro de este indicador ha sido la falta de definición, tanto en el ámbito mundial como en el regional, de lo que significa la incorporación de AIEPI en los currículos académicos.

El Proyecto apoyaría especialmente los esfuerzos nacionales dirigidos a hacer de la AIEPI una práctica rutinaria del personal de salud que trabaja en instituciones de atención primaria y en la comunidad; de los hospitales del primer nivel de referencia; de los familiares a cargo de los niños y de estudiantes de las carreras mencionadas anteriormente. Originalmente, en el Documento del Proyecto, los países beneficiarios de las acciones serían Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela. Los tres primeros tienen tasas de mortalidad infantil altas (por encima de 30 por 1.000 nacidos vivos). El apoyo a las actividades de Venezuela se suspendió por las mismas razones de ejecución deficiente y al mismo tiempo que los otros componentes (véase la sección Reseña Histórica).

Ámbitos del proyecto de AIEPI comunitario en el departamento de Vichada, Colombia y la región de Cusco, Perú.



En respuesta a las recomendaciones de la evaluación de medio término (2006) se agregó al Proyecto el componente de AIEPI comunitario, con los indicadores de AIEPI elaborados por la OMS para medir el avance hacia los resultados. (El enfoque original del Proyecto fue en AIEPI clínico, pero dadas las necesidades identificadas entre la población objeto se recomendó la incorporación de AIEPI comunitario). Más recientemente, en 2007, se ha ampliado el componente de AIEPI para incluir actividades de país en Colombia.

Los resultados esperados del Proyecto se presentan a continuación agrupados por tema (Cuadro 9).

CUADRO 9. Resultados esperados del componente de atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia, por tema y por país.

Tema	Resultado esperado	Países
Materiales y normas	Se han creado las condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para la implementación de AIEPI en las áreas del proyecto.	Ecuador, Paraguay y Perú
AIEPI clínico y comunitario	La población de niños menores de cinco (5) años de edad tendrá acceso a la atención de AIEPI con calidad tanto en la comunidad como en la atención ambulatoria y hospitales de referencia.	Ecuador
	Los niños menores de 5 años de edad que viven en las zonas periféricas de Asunción y en los departamentos de Caazapa, Central, Itapúa, Pdte. Hayes y Boquerón se habrán beneficiado de la AIEPI.	Paraguay
	Los servicios de salud del área objetivo atienden a niños menores de 5 años de edad mediante la estrategia de AIEPI.	Perú
AIEPI neonatal	Se ha implementado el componente neonatal de AIEPI en las provincias prioritarias.	Ecuador
Monitoreo y evaluación	Sistema de supervisión y monitoreo estructurado y operativo.	Perú
Integración con otras enfermedades	Se habrá mejorado la atención integral institucional y las prácticas claves con actores sociales.	Colombia
	Se ha implementado un programa integrado de atención primaria de salud con enfoque multicultural y equidad en las comunidades del Chaco Paraguayo (Boquerón).	Paraguay
Universidades	AIEPI ha sido aceptado e incorporado en cursos de pre y postgrado en las escuelas de ciencia de la salud (medicina, enfermería y salud pública) en las áreas objeto del proyecto.	Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú

Resultados >>

Colombia

El componente de AIEPI fue muy recientemente incorporado en Colombia, donde la primera actividad se realizó en junio de 2007, por lo cual no cabe en este informe hacer un análisis sobre los resultados. Como ya se mencionara en la sección de tuberculosis, en Colombia, AIEPI se ha integrado a las actividades del Proyecto en beneficio de las poblaciones indígenas.

Los indicadores seleccionados para este componente son:

- ▶ Proporción de profesionales capacitados en AIEPI clínico y tuberculosis que está aplicando los instrumentos (meta=50%).
- ▶ Proporción de actores sociales que participa activamente en el comité multisectorial para AIEPI/TB (meta=60%).

Sí cabe señalar que a partir de 2007 se decidió incluir el componente de AIEPI como prueba piloto en los municipios de Dibulla (La Guajira) y Pueblo Bello (Cesar) por ser ámbitos de jurisdicción de la Sierra Nevada de Santa Marta, donde hay concentración de población indígena con altas tasas de incidencia de tuberculosis infantil y donde era necesario hacer un abordaje integral desde los servicios de salud. Hasta el septiembre de 2007, 26% de los profesionales de las zonas del proyecto habían sido capacitados en AIEPI clínica y la estrategia DOTS/TAES.

También el Proyecto está apoyando la implementación del programa de diplomado sobre AIEPI comunitario en colaboración con la Universidad Javeriana y la OPS.

Ecuador

Las zonas objeto del Proyecto en el Ecuador son Azuay, Guayas, Imbabura, Los Ríos y Pichincha (Figura 8). Los resultados esperados que figuran más adelante están referidos a la población de estas zonas. Las provincias beneficiarias cambiaron a solicitud del Ministerio de Salud Pública para ajustarse a las prioridades nacionales. Cabe mencionar aquí que en los últimos tres años ha habido cuatro cambios de gobierno en el país, lo cual ha afectado la continuidad de la ejecución del Proyecto.

FIGURA 8. Mapa de los ámbitos del proyecto de AIEPI en Ecuador, 2006-2007.



Durante los primeros dos años hubo dificultades para poner en marcha las actividades debido a varios cambios en la autoridad responsable de AIEPI en el país. En ese período se inició la elaboración de materiales y la preparación de las condiciones logísticas para aplicar la estrategia en el Ecuador. Dado que para el Gobierno la salud neonatal es una prioridad, por medio del Proyecto se ha dado apoyo en ese campo, específicamente para fortalecer la capacidad nacional, evaluar la situación en varios hospitales y otros servicios que proporcionan atención neonatal. En el sexto año, se reformuló el proyecto para centrar las acciones al nivel provincial y cantonal, con el fin de descentralizar la capacitación, implementación y seguimiento en los tres componentes de AIEPI.

Se ha capacitado a 100% de los profesionales utilizando facilitadores nacionales y regionales previamente adiestrados. Se ha usado la guía para la reducción de la mortalidad neonatal. Esta capacitación superó las cinco provincias del Proyecto, ya que abarcó todo el país, utilizándose fondos nacionales del Ministerio de Salud Pública.

Resultados >>

El Proyecto facilitó la cooperación técnica, la capacitación y las bases para el seguimiento.

- ▶ Existen alrededor de 45 facilitadores nacionales y regionales en AIEPI neonatal, preparados para adiestrar en reanimación neonatal en todo el país y 230 profesionales (médicos y enfermeras) capacitados en reanimación y manejo neonatal en las cinco provincias del Proyecto.
- ▶ Existe personal capacitado en el componente clínico (230) en las cinco provincias y en cada cantón priorizado. Esta capacitación abordó la reanimación neonatal. No obstante, el seguimiento posterior a la capacitación continúa siendo un problema.

La incorporación del componente comunitario de AIEPI exigía hacer hincapié en los cantones para desarrollar la movilización social y comunitaria y promover prácticas familiares saludables y prácticas sociales que permitan lograr una construcción colectiva de derechos y deberes en salud. Fue en el segundo semestre de 2007 que se señalaron cantones priorizados con criterios de marginalidad, pobres (quintiles más pobres) y que cuenten con población rural e indígena. Así, el Proyecto está enfocado en las siguientes provincias y cantones: provincia de Azuay, cantón Nabón, con una población de 17.000 habitantes; provincia de Guayas, Cantón de El Salitre, población de 55.033 habitantes; provincia de Imbabura, Cantón de Ibarra, población de 177.000 habitantes; provincia de Pichincha, Cantón de Cayambe, población de 72.000 habitantes, y provincia de Los Ríos, cantón de Baba, con una población 47.000 habitantes.

Se ha logrado avanzar en la incorporación del tema AIEPI en el programa de estudio de las carreras de salud. Se había propuesto en un inicio que la meta sería incorporar AIEPI en el programa de ocho escuelas de ciencias de la salud. Sin embargo, a mediados de 2006, ya había 7 escuelas que cumplían con ese objetivo, y para fines de 2006 había 14 escuelas que estaban en el proceso de incorporar el tema de AIEPI en el programa de estudio de sus escuelas de medicina y enfermería en diversas formas. Catorce universidades ya habían firmado un acuerdo con el Ministerio de Salud Pública, la Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina y Ciencias de la Salud del Ecuador (AFEME), la Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ASEDEFE) y la Organización Panamericana de la salud para incluir AIEPI en su currículum, lo que muestra que la iniciativa cuenta con apoyo del sector académico.



Implementación de AIEPI comunitario en Ecuador.



Efectos positivos y brechas del Proyecto en Ecuador con respecto a las enfermedades prevalentes de la infancia

Dada la flexibilidad con que se lleva a cabo este Proyecto, fue posible responder en 2007 a una emergencia epidemiológica generada por un brote de infección hospitalaria entre recién nacidos que se inició en 2006. Se utilizaron recursos para capacitar a facilitadores nacionales y regionales en AIEPI Neonatal y se movilizaron fondos nacionales de alrededor de US\$ 1,5 millones (Plan de Reducción de la Muerte Neonatal y Ley de Maternidad Gratuita). Una de las limitaciones que persiste es el escaso seguimiento que se hace a la capacitación.

Paraguay

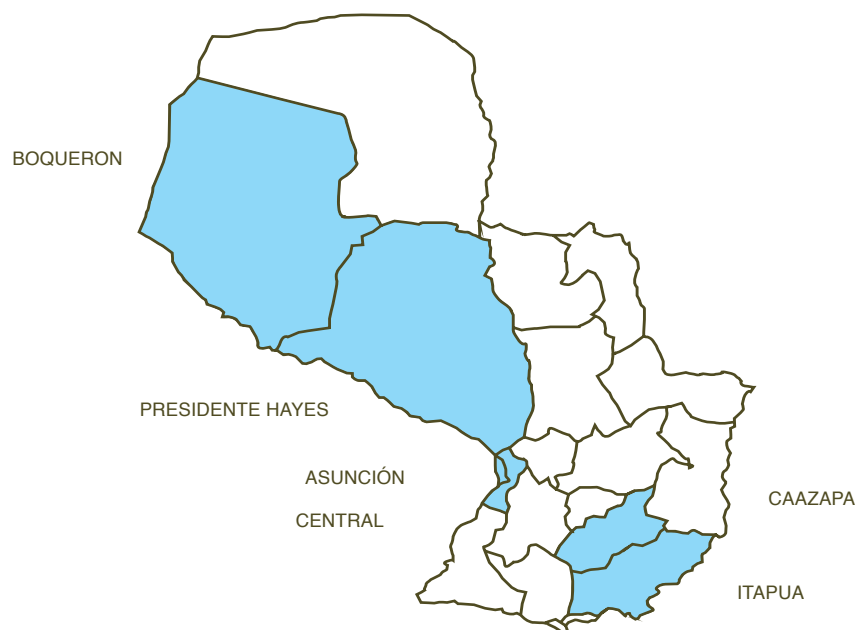
En el primer y segundo año del proyecto se adaptaron y actualizaron los materiales de capacitación en los temas de atención prenatal, neonatal, tuberculosis, dengue e influenza, y se revisaron los indicadores para la línea de base (componente clínico de AIEPI). También se llevaron a cabo cursos de capacitación a 24 médicos, 30 licenciadas en enfermería y obstetricia y 165 auxiliares de enfermería de todas las regiones cubiertas por el Proyecto. Durante estos dos años se disponía de todas las vacunas, pero no los medicamentos necesarios para dar atención según la estrategia AIEPI, aunque el país se había comprometido a proporcionar los insumos requeridos para aplicar dicha estrategia. En el mismo período se capacitó a promotores voluntarios de salud, incluidos promotores indígenas de Boquerón y Caazapá.

En el tercer y cuarto año (2004-2005) se revisaron los lineamientos técnicos de AIEPI y los formularios de registros y se elaboró una guía básica para el nivel de referencia hospitalaria, lográndose que alrededor de 40% de los servicios de salud en las áreas del Proyecto contaran con las condiciones logísticas requeridas para la implementación de AIEPI. Para el quinto año, 75% de los servicios estaban en condiciones de aplicar la estrategia y de hecho, la habían puesto en marcha. En años más recientes, se agregaron las regiones sanitarias de Presidente Hayes y Central al área de cobertura del Proyecto (Figura 9).

En el Cuadro 10 se muestra el total de recursos humanos capacitados en AIEPI clínico a la fecha y la proporción del resultado logrado hasta el momento. En total, 826 miembros del personal de salud han recibido capacitación en AIEPI a través el Proyecto.

Resultados >>

FIGURA 9. Mapa de los ámbitos del proyecto AIEPI en Paraguay, 2002-2007.



CUADRO 10. Personal total y personal capacitado en la estrategia AIEPI, según tipo de profesional, por departamento, marzo de 2007.

Departamento	Personal de enfermería		Médicos		Auxiliares enfermería		Agentes comunitarios de salud	
	Total	Capacitado	Total	Capacitado	Total	Capacitado	Total	Capacitado
Asunción	70	28	99	65	332	101	...	41
Boquerón	8	3	15	9	52	43	41	41
Caazapá	24	19	25	18	230	87	85	60
Central	104	11	183	5	282	12
Itapúa	59	45	69	37	240	143	26	23
Presidente Hayes	18	9	28	2	124	21	...	3
Total	283	115	419	136	1.260	407	152	168

... Sin información.

Fuente: Informe Taller Regional sobre la Estrategia AIEPI y el Proyecto Prevención de las Enfermedades Transmisibles Prioritarias en América del Sur, 31 de julio a 2 de agosto de 2007.

Aunque ha habido algunos avances, la evaluación de medio término de febrero de 2006 de este componente del Proyecto detectó algunos aspectos vulnerables en la aplicación de la estrategia AIEPI en el Paraguay. Si bien se ha logrado elaborar materiales, tarea que era fundamental para dar inicio a las actividades de atención, y preparar recursos humanos para aplicar en el ámbito clínico la estrategia, no se observan resultados medibles en la atención directa de la población beneficiaria, es decir, los niños menores de 5 años de edad de las zonas seleccionadas. A la fecha, sí se han sentado algunas bases para avanzar en el futuro próximo, y para incorporar la AIEPI comunitario a las acciones en los ámbitos del Proyecto.

La meta del Proyecto para AIEPI comunitario es hacer un diagnóstico local y plan de acción en 8 distritos de Caazapá, 9 de la región Central, 10 de Itapúa, 4 de Presidente Hayes y 7 comunidades de Asunción. Esto representa una cobertura de 80%, 33%, 47%, 44% y 100%, respectivamente.

Con respecto a la incorporación de AIEPI al currículo académico de las carreras sanitarias (correspondiente al resultado 3 del Proyecto), durante el primer año se creó el comité AIEPI-UNIVERSIDAD con un foro de seguimiento en esta actividad, y se inició la inclusión de la estrategia en el programa de estudios. Actualmente 14 escuelas de ciencias de la salud han incorporado la estrategia AIEPI, diverso grado, en sus programas académicos: carrera de medicina: Universidad Nacional sedes de Asunción, Itapúa y Alto Paraná; Universidad Privada del Pacífico, Universidad Católica en sus filiales de Asunción y Villarrica. Carreras de enfermería y obstetricia: Universidad Nacional Andrés Barbero, sedes Asunción, Coronel Oviedo, Concepción, San Estanislao; Universidad Católica en sus sedes de Asunción, Itapúa y Amambay, y la Escuela de Enfermería Evangélica de Asunción.

Efectos positivos del Proyecto en el Paraguay con respecto a las enfermedades prevalentes de la infancia

- ▶ Se ha logrado obtener mayor apoyo y compromiso político de las altas autoridades Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS), hecho que se manifiesta en la Resolución Ministerial S.G. N° 1168/06, de carácter nacional, aunque todavía quedan aspectos que resolver en este tema. Esta resolución reafirmó la implementación de la estrategia AIEPI como una estrategia oficial del MSP y BS para la atención de los menores de cinco años.

Resultados >>

- ▶ Se capacitaron recursos humanos que participan en la atención de la salud de la población de las regiones sanitarias beneficiarias del Proyecto (Cuadro 10).
- ▶ Se elaboraron lineamientos técnicos para poner en práctica la estrategia AIEPI, lo que ha fortalecido el rol rector del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en la implementación de la estrategia AIEPI. Se cuenta con materiales de capacitación adaptados al perfil epidemiológico del país.
- ▶ Se ha avanzado en la incorporación de la estrategia AIEPI en los programas académicos de las escuelas de ciencias de la salud.
- ▶ Se ha logrado generar alianzas entre los sectores sanitarios público, académico, de organizaciones no gubernamentales, y con programas de financiamiento internacional (por ejemplo, UNICEF).
- ▶ Se ha instaurado la supervisión integrada y conjunta con el Programa Ampliado de Inmunizaciones para fortalecer la capacidad técnica del personal y así ofrecer atención integral e integrada.

Brechas pendientes con respecto a las enfermedades prevalentes de la infancia en el Paraguay

Ya se señaló anteriormente que la evaluación de medio término detectó debilidades en este componente del Proyecto, que tienen su origen, en parte, en lo que parece ser una falta de compromiso político con la estrategia AIEPI entre las autoridades nacionales de salud y los profesionales de la salud. Por ejemplo, una recomendación del ejercicio de evaluación es que se promulgue una resolución o declaración ministerial que refuerce la implementación de la estrategia, aprovechando el proceso de descentralización en marcha en el país. Asimismo, se recomendó buscar que la Sociedad Paraguaya de Pediatría declare oficialmente su apoyo a la estrategia, que hasta ahora solo ha recibido un endoso técnico de la Sociedad.

Durante la evaluación, también se observó la falta de medicamentos e insumos para aplicar la estrategia AIEPI, lo cual tiene repercusiones directas sobre la posibilidad de lograr los resultados esperados 1 y 2 del Proyecto. En la mayoría de los establecimientos visitados la situación de medicamentos y otros suministros era muy precaria, notándose la falta incluso de sales de rehidratación oral. Al inicio del Proyecto, hubo un compromiso nacional de mantener los insumos necesarios para atender las enfermedades prevalentes de la infancia con la estrategia propuesta.

Perú

En el Perú, la estrategia AIEPI es parte de Modelo de Atención Integral de Salud (AIS). El PCPCD apoya la aplicación de la estrategia en el ámbito local de tres Regiones prioritarias (Apurímac, Cuzco y Huancavelica) para lograr los resultados mencionados en párrafos anteriores (Figura 10). Las actividades se iniciaron en 2002, aunque había cierta fragilidad en el apoyo nacional. Sin que hubiera una suspensión formal del Proyecto, durante 2003 la actividad fue mínima, retomándose con mayor fuerza y compromiso durante el segundo semestre de 2004, ante un renovado apoyo político nacional a la implementación de AIEPI. En julio de 2005, el Ministerio de Salud, mediante la Resolución Ministerial No. 506-2005/MINSA hizo oficial la AIEPI como estrategia para fortalecer la atención integral de la salud infantil.

FIGURA 10. Mapa de los ámbitos del proyecto AIEPI en Perú, 2002-2007.



Resultados >>

En la evaluación de medio término, se observó que había habido dificultades en la ejecución de este componente en el Perú, tanto de orden financiero como técnico. Entre las de carácter técnico se destaca la alta rotación del personal recientemente capacitado. También se observó debilidad en la supervisión subsiguiente a la capacitación y la supervisión general de la aplicación de la estrategia, problema que si bien no es exclusivo del Perú, es indispensable afrontar para determinar la eficacia de la propia estrategia.

Con el fin de evitar en lo posible la duplicación de esfuerzos, como resultado de una visita de monitoreo y reiterado por la evaluación de medio término, se recomendó ampliar la estrategia AIEPI al ámbito comunitario en aquellas comunidades en que no se realizan acciones financiadas por otros medios u organizaciones no gubernamentales. A partir de 2006 se inició el componente comunitario de AIEPI y ya se ha capacitado un equipo de facilitadores locales. También se han realizado talleres de planificación.

Como resultado de la evaluación, también se recomendó reforzar el seguimiento del Proyecto de parte del Ministerio de Salud y de la Representación de la OPS en el país. Asimismo, se consideró necesario coordinar las actividades con el ámbito local y regional, y hacer partícipe de la planificación, implementación y seguimiento de las actividades a representantes de las regiones sanitarias. Por último, se recomendó ajustar los indicadores de los resultados esperados 1 y 2 del Proyecto para poder medir mejor su efecto.

Con el fin de lograr las condiciones normativas, materiales y logísticas requeridas para aplicar la estrategia AIEPI (resultado esperado 1), con recursos del Proyecto se ha capacitado a médicos y personal de enfermería en los componentes clínico y neonatal de la estrategia, en las siguientes proporciones: Apurímac, 70%; Cusco, 50%, y Huancavelica, 19%. Cumpliendo con el compromiso nacional, los servicios de salud están abastecidos de los medicamentos necesarios para aplicar AIEPI en un 70% en Apurímac, 81% en Cuzco y 85% en Huancavelica. El abastecimiento de vacunas (y cadena de frío) se ha logrado en 85%, 100% y 100% de dichas provincias, respectivamente. En resumen, se considera que en estas provincias las condiciones para poner en práctica los componentes clínico y neonatal de la estrategia AIEPI se dan en un 100% en Apurímac, 100% en Cuzco y 94% en Huancavelica, aproximándose al 100% propuesto como meta para este indicador.



Ambito del proyecto de AIEPI en el distrito de Paucartambo, Perú.

En cuanto a la proporción de servicios de salud que atiende a niños menores de 5 años de edad utilizando la AIEPI (resultado esperado 2), se estima que esta es de 100% en Apurímac, 73% en Cuzco y 77% en Huancavelica. La meta propuesta para este indicador al final del Proyecto es de 100%. El indicador de supervisión del resultado esperado 4 es menos favorable, ya que se considera cumplido en 17,5%, 27,3% y 27,3% en Apurímac, Cuzco y Huancavelica, respectivamente.

Con referencia a las acciones del componente comunitario de AIEPI, el Proyecto está trabajando en 16 distritos en Apurímac, 5 en Cuzco y 10 en Huancavelica, que representa una cobertura de 76%, 21% y 38% respectivamente.

En cuanto a la incorporación de AIEPI en los programas académicos de las escuelas de ciencias de la salud (resultado esperado 3), a la fecha siete escuelas de ciencias y técnicas de la salud lo han logrado, de un total de ocho propuestas como meta para el final del Proyecto. El PCPCD apoyó la elaboración de un curso a distancia sobre AIEPI, en colaboración con la Universidad de San Marcos.

Igualdad de Género

Este componente del Proyecto se concibió como uno que se cruzaría con todas las otras acciones, en vista de que para ACIDI este es un requisito de todo proyecto y de que en América Latina, por lo general, los servicios de salud no toman en cuenta el tema de género al elaborar sus programas de salud ni al proporcionar la atención a la población. Se considera que esta ausencia de enfoque de género en las acciones de salud limita la eficacia de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como la cobertura de los servicios y la eficacia del tratamiento.



Beneficiaria del programa integrada de salud,
comunidad San Agustín, departamento de
Boquerón, Chaco Paraguayo.



Resultados >>

En consecuencia, este componente tiene por objeto incluir la visión de género e integrar esa perspectiva en la atención de la salud, creando conciencia entre el personal de salud (incluidos planificadores, gerentes y personal de atención directa a los pacientes) sobre las diferencias de género y cómo estas afectan los factores determinantes de la enfermedad, los comportamientos que llevan a buscar atención sanitaria y la calidad de los servicios. También se hace hincapié en la necesidad de recolectar, analizar y diseminar los datos de salud desglosados por género, con el fin de detectar disparidades y hacerles frente, si fuera necesario. Desde un comienzo se estableció como prioridad implementar este componente en Paraguay y Perú, siendo más fuerte en el primero que en el segundo.

Al tomar la decisión de integrar un componente de género en el Paraguay, se acordó que el Proyecto trabajaría siguiendo las líneas de acción del Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (2003-07) en temas de interés común y en concordancia con los resultados del PCPCD. Así, el Proyecto está fortaleciendo la integración de una estrategia de género al sistema de salud del país. Con recursos del Proyecto, la OPS, la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República, el Instituto de Investigación de Ciencias de la Salud y la Fundación Moisés Bertoni, desde 2006, planifican y realizan en forma conjunta los talleres sobre el tema de género para los participantes del proyecto. También por medio del Proyecto se ha apoyado la realización de mesas temáticas sobre género con los entes ya mencionados.

En las mesas temáticas se han tratado los temas a los cuales se hace referencia en el párrafo anterior, y se ha dado inicio al análisis de los datos de salud desglosados por género, con miras a incluir dicho enfoque en la planificación de los programas. En esta actividad se junta a diversos participantes, que representan a los distintos Miembros del Gabinete (multisectorial) y a otras organizaciones, con el fin de destacar el tema de género y su importancia para las enfermedades transmisibles, por ejemplo, VIH, infecciones de transmisión sexual, tuberculosis, la estrategia de AIEPI, la enfermedad de Chagas y dengue. También se ha trabajado en el tema de género y violencia. Un ejemplo del éxito de las discusiones de las mesas temáticas es la decisión del Gobierno (resolución de agosto de 2005) de proveer diagnóstico y tratamiento de la sífilis a las embarazadas y proteger a madres e hijos de esas infecciones.

En AIEPI se ha trabajado para incorporar el tema de género tanto en los materiales de la estrategia como en su implementación, específicamente en el componente comunitario, en las áreas del proyecto. Se incorporó un enfoque de género en los planes anuales y programas regionales y departamentales seleccionados.

El Proyecto ha obtenido visibilidad en este tema, incluso internacionalmente, ya que en 2005, la experiencia de trabajar con enfoque de género en el Paraguay fue parte de los documentos oficiales del 21er Subcomité de Mujer, Salud y Desarrollo del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud.

Dengue

El fracaso de las estrategias de prevención y control del dengue y la alta y creciente incidencia de la enfermedad, incluida su forma hemorrágica, llevó a que ACIDI aprobara la incorporación del componente de dengue en noviembre de 2003. El financiamiento de ACIDI se dio con el propósito de realizar actividades de cabildeo para promover la adopción de la Estrategia de Manejo Integrado del Dengue (EGI-Dengue) aprobada por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en 2003, por medio de la Resolución CD44.R9.

La EGI-Dengue tiene por objeto ayudar a prevenir y controlar el dengue y su forma hemorrágica. Consiste en el establecimiento de un grupo de trabajo (GT-Dengue) de varios expertos internacionales que trabajan con técnicos nacionales en el país para elaborar conjuntamente una estrategia nacional de gestión integrada del dengue. Los recursos del Proyecto se destinaron a apoyar la creación y establecimiento de dicho grupo de trabajo de dengue en cada país beneficiario. Las actividades se iniciaron en Venezuela en marzo de 2004.

Actualmente, Colombia, Paraguay, Perú y Venezuela ya han adoptado la Estrategia y cuentan con un documento nacional que la respalda, y en los cuatro países se han establecido los grupos de trabajo para ponerla en marcha. Ecuador está llevando a cabo un proceso similar y se espera que en 2007 logre el mismo avance que los otros países beneficiarios. Más allá de los países beneficiarios del Proyecto, la EGI-Dengue está en marcha en Argentina, Brasil, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, y en el ámbito del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y de la subregión de América Central. Si bien estos países no participan en este Proyecto, el impulso inicial en la Región se dio con este financiamiento de ACIDI, que sirvió como catalizador de acciones en otros países.

En vista de que los resultados esperados ya se habían alcanzado durante el año 5 del Proyecto, para el año 6, las acciones se ampliaron para incluir actividades de los componentes de comunicación social y vigilancia epidemiológica de la EGI-dengue en Paraguay y Perú, ya como parte de la implementación del plan nacional.



Conclusiones y Lecciones Aprendidas

Conclusiones

- ▶ Este Proyecto ha permitido dar mayor visibilidad a problemas de salud pública objeto de las acciones, algunos de los cuales se clasifican como enfermedades olvidadas (enfermedad de Chagas, sífilis congénita y dengue).
- ▶ Se ha tenido éxito en promover y lograr un abordaje multisectorial en la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, así como en darles atención integrada en el ámbito regional y local.
- ▶ Mediante el PCPCD se ha fomentado la utilización costo eficaz de los recursos financieros y humanos, al integrar en la ejecución actividades de capacitación y supervisión relacionadas con temas diversos y coordinar con otras instituciones, ONG y el Fondo Mundial en Paraguay.
- ▶ Las oportunidades brindadas por el Proyecto para acceder a otros recursos, especialmente los del Fondo Mundial, han sido sumamente importantes y han logrado movilizar financiamiento para la lucha contra la infección por el VIH y la tuberculosis. Durante los años de ejecución del PCPCD se presentaron propuestas al FMSTM con objetivos afines a los del Proyecto en Ecuador (VIH y tuberculosis), Perú (tuberculosis) y Paraguay (VIH y tuberculosis). La experiencia en la programación y ejecución del PCPCD fue un insumo valioso en la elaboración de las propuestas al Fondo Mundial, al menos en Ecuador y Paraguay.
- ▶ Al integrar las acciones del Proyecto en los servicios de atención primaria de la salud, se ha logrado hacer un abordaje intercultural de la prevención y el control de las enfermedades en la comunidad en Colombia y Paraguay. Es más, el enfoque aplicado a la tuberculosis en las zonas del Proyecto en Colombia podría transformarse en un modelo que se podría adaptar para el trabajo entre otras poblaciones similares en la Región.
- ▶ La utilización del modelo de gestión por resultados en este Proyecto ha servido para asignar los recursos en función de la eficiencia de la ejecución financiera y la eficacia en relación con el logro de los indicadores.
- ▶ Por medio del Proyecto se ha buscado aportar al logro de los Objetivos del Milenio y a otros acuerdos internacionales mientras se persiguen sus propias metas.

Conclusiones >>

Lecciones aprendidas

Principios

Los valores de equidad, excelencia, solidaridad, respeto e integridad de la OPS coinciden con las prioridades de ACIDI y con la meta y propósitos de este Proyecto. Aplicar estos principios no ha sido siempre fácil, pero sí una fuente de satisfacción para todos quienes participan en la ejecución del PCPCD. Más importante aún, ha beneficiado a la población objeto de las acciones.

La negociación del Proyecto con las autoridades de salud nacionales a veces fue difícil, especialmente cuando había intereses distintos entre las partes. Un ejemplo fue el caso del componente de ITS en el Paraguay, en el cual originalmente el país no tenía interés. No obstante, se persistió en la negociación y el Gobierno creó un Programa Nacional de ITS asociado al Programa Nacional de Sida, de modo que la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual ya tienen, al menos, un reconocimiento oficial y personeros responsables de las acciones. De manera similar, durante la negociación del Proyecto se insistió en dar atención a la sífilis congénita y se logró que, en un país donde los servicios de salud pública no otorgan medicamentos, el Gobierno Nacional asumiera el compromiso de proporcionar gratuitamente la prueba de detección de sífilis a las embarazadas y dar tratamiento de la infección a ellas y sus parejas sexuales en todo el país (Resolución 693 de agosto de 2005). Las negociaciones con las autoridades sobre la posibilidad de ampliar las acciones del Proyecto se realizaron con base en los resultados logrados y los recursos humanos disponibles y la demostración de compromiso político

Flexibilidad

La flexibilidad de las partes para modificar el Proyecto en respuesta a cambios de circunstancias u oportunidades significó que los recursos liberados de algunos componentes (por ejemplo, como consecuencia de los subsidios otorgados por el Fondo Mundial) pudieran destinarse a ampliar la cobertura de algunas acciones que habían tenido éxito en ámbitos más limitados. Así, por ejemplo, se logró ampliar la cobertura de las actividades de control del vector de la enfermedad de Chagas en el sur del Perú, instaurar un programa de atención integrada de la salud en Boquerón, Paraguay, y extender las actividades de control de la tuberculosis e integrar AIEPI en Colombia.

Análisis de situación

En la fase inicial de elaboración del PCPCD y junto con el análisis epidemiológico y de las brechas en los temas propuestos, habría sido útil haber incluido una caracterización de la capacidad nacional para utilizar el financiamiento en los plazos previstos. Esta información, incluido un análisis de la capacidad técnica (por ejemplo, sistema nacional de vigilancia epidemiológica) y administrativa, podría haber justificado fortalecer la infraestructura necesaria antes de iniciar las acciones, con el fin de evitar que las carencias de orden administrativo fueran un obstáculo a la ejecución.

Cooperación y coordinación

Con el establecimiento de alianzas con otras organizaciones, tanto no gubernamentales como internacionales, potenció al máximo las posibilidades de financiamiento y de éxito de las actividades programadas en el PCPCD. Esto se vio, por ejemplo, en la coalición formada entre el PRONASIDA, la UNICEF y la OPS, que tiene por objeto prevenir la transmisión de la sífilis y el VIH de la madre al hijo.

Sostenibilidad y gestión

Como parte de una estrategia que ayude no solo a sostener los logros alcanzados con el Proyecto, sino también que dé continuidad a las acciones y servicios iniciados con estos recursos, el PCPCD se ha ido desligando del nivel central y concentrando cada vez más en el ámbito regional y local, permitiendo fortalecer la capacidad de gestión y supervisión en ese medio. En algunos casos se descentralizó la gestión de los recursos, por medio de acuerdos con autoridades regionales y locales.

El monitoreo constante y la evaluación periódica, ambos realizados conjuntamente por el personal de la OPS, tanto de la Oficina Central como de las Representaciones en el país, y los técnicos nacionales, contribuyen al avance hacia el logro de los indicadores. También contribuyen a fortalecer la capacidad nacional de ejecución, supervisión, monitoreo y evaluación.

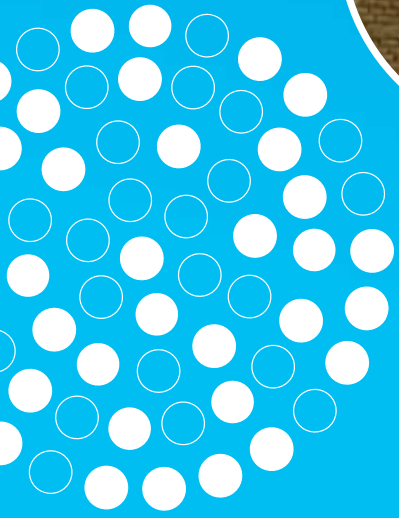
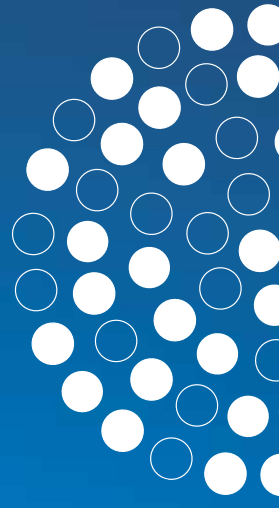


Anexo 1

Proyecto: Prevención y Control de Enfermedades Prioritarias en América de Sur (OPS/CIDA)

Preguntas a colegas que participan en la ejecución del proyecto:

- ▶ Señale tres acciones/decisiones que hayan facilitado la ejecución de las actividades o el avance hacia el logro de los objetivos. Pueden ser acciones tomadas por profesionales del país, Representación de la OPS en el país, la Oficina Central u otra.
- ▶ A su juicio, ¿cuáles han sido los obstáculos o barreras más difíciles de superar en la ejecución de las actividades? ¿Y en relación con el logro de los resultados esperados?
- ▶ Si en su campo de acción en relación con este proyecto se han cumplido los resultados esperados a la fecha, a su juicio, ¿qué ha contribuido a que esto se haya logrado?
- ▶ Por el contrario, si en su campo de acción en relación con este proyecto no se ha avanzado suficiente en el logro de los resultados esperados, a su juicio, ¿qué se podría hacer o haber hecho para acelerar el avance?
- ▶ En su opinión, ¿cree que es factible que los logros del proyecto sean sostenibles después de la fecha de terminación a fines de 2008? ¿Qué acciones o colaboraciones serían necesarias para asegurar o contribuir a esa sostenibilidad?
- ▶ Si Ud. tuviera la oportunidad de rediseñar este proyecto, ¿qué cambios haría? (puede ser sobre cualquier aspecto del proyecto, por ejemplo, su estructura, objetivos, población beneficiaria, enfermedades objeto, relaciones entre participantes, etc.).



Referencias

- 1 Project Implementation Plan, Doc. No. DPC/CD/247/03.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. Prevention and Control of Priority Communicable Diseases in South America Project, *Semi-Annual Narrative Report – Year 2*, abril de 2004.
- 3 Informe de la evaluación de medio término del Proyecto Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias en América del Sur, Paraguay, 13 al 21 de febrero de 2006 y Perú, 23-28 de febrero de 2006. Documento OPS-DPC-CD-403-06.
- 4 Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis en los Pueblos Indígenas de Colombia: el Reto de la Prevención y el Control. Bogotá, Colombia, 2007.
- 5 Organización Panamericana de la Salud. Informe de la visita de monitoreo del Proyecto de la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias en Colombia, 16-20 abril 2007.
- 6 Organización Panamericana de la Salud. Informe de la visita de monitoreo del Proyecto de la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias en Colombia, 16-20 abril 2007.
- 7 Atención integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas que viven con VIH/SIDA en las Américas, OPS/OMS, abril de 2001.







**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 23rd St. N.W. Washington D.C. 20037 U.S.A

ISBN 978-92-75-33087-6

