



Plan estratégico para la prevención, atención, control y eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas en Guatemala





Plan estratégico para la prevención, atención, control y eliminación de enfermedades desatendidas en Guatemala.

Guatemala, Agosto 2013

Doctor
Jorge Alejandro Villavicencio Alvarez
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Doctor
Marco Vinicio Arévalo Veras
Viceministro de Hospitales.

Licenciado
William Sandoval
Viceministro Administrativo

Ingeniero
Manuel Gilberto Galván Estrada
Viceministro Técnico

Doctora
Tamara Obispo
Viceministra de Atención Primaria en Salud

Con la Cooperación técnica de:
OPS/OMS



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

AMM	Administración Masiva de Medicamentos.
BID	Banco Interamericano de Desarrollo.
CD49.R19	Resolución 49 del Consejo Directivo, Resolución 19.
CDC-CAR	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades – Oficina de la Región Centroamericana.
CNE	Centro Nacional de Epidemiología.
DRACES	Departamento de Regulación y Acreditación de los Establecimientos de Salud.
EID	Enfermedades Infecciosas Desatendidas.
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida.
ETAA	Enfermedades Transmitidas por Agua y Alimento.
FONAPAZ	Fondo Nacional para la Paz.
IDH	Índice de Desarrollo Humano.
IEC	Información, Educación y Comunicación.
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
INDERMA	Instituto de Dermatología y Cirugía de la Piel.
ITI	Iniciativa Internacional de Tracoma.
JICA	Agencia de Cooperación Internacional del Japón.
LNS	Laboratorio Nacional de Salud.
MINFIN	Ministerio de Finanzas Públicas de Guatemala.
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio.
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
ONG	Organización No Gubernamental.
PROEDUSA	Programa de Educación en Salud.
SAN	Sistema Alimentario Nutricional.
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SIGSA	Sistema de información gerencial de Salud.
OEPA	Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas.
SAFE	En sus siglas en inglés: Cirugía, Antibiótico, Lavado correcto de Cara e Intervenciones Ambientales.
TF	Triquiasis Folicular.
TT	Triquiasis tracomatosa.
VAP	Viceministerio de atención primaria en salud.
VEPT	Vigilancia Epidemiológica Post Tratamiento.

Presentación

Enfermedad de Chagas, geohelmintiasis, leishmaniasis, lepra, oncocercosis y tracoma. El control y eliminación de estas patologías, conlleva consolidar avances sanitarios así como reducir drásticamente la incidencia de las mismas en todos los conjuntos poblacionales, especialmente los más postergados en salud hasta el presente.

Dentro de las políticas de Gobierno, se reúnen iniciativas que permiten impulsar acciones enmarcadas dentro del Plan del Pacto Hambre Cero y la Ventana de los mil días. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social orienta los esfuerzos conjuntos para dar respuestas en el contexto nacional a las enfermedades desatendidas con base en: principios del derecho humano a la salud y con énfasis en la interculturalidad y el enfoque de género.



La Salud Pública, como producto colectivo y derecho fundamental tiene relación directa con el desarrollo humano, y genera espacios sanitarios en los cuales la intervención sobre los determinantes sociales permite disminuir los riesgos que amenazan la salud de la población.

En el país existen retos y oportunidades en la prevención, control y eliminación de enfermedades asociadas con diversos factores: área geográfica, etnia, cultura, ruralidad, nivel educativo y pobreza. En respuesta, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, consciente de la necesidad de mejorar el acceso, la cobertura y la pertinencia de los servicios en las poblaciones vulnerables, ha creado el Viceministerio de Atención Primaria en Salud Renovada, para fortalecer y mejorar la calidad tanto del primer como del segundo nivel de atención.

Ante la realidad sanitaria, se ha priorizado el combate de un grupo de enfermedades infecciosas relacionadas con la pobreza que globalmente se han considerado desatendidas tales como:

Guatemala es signataria para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y dentro de los aportes de este plan se contemplan medidas que permiten favorecer o consolidar el alcance de los mismos. Así, el abordaje de los determinantes sociales de las enfermedades desatendidas está estrechamente vinculado a la lucha contra la pobreza (ODM 1). A la vez, mediante el trabajo intersectorial, se impulsa el logro de las metas de: la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años (ODM 4), combatir el VIH, Malaria y otras enfermedades (ODM 6) y garantizar la sostenibilidad del medio ambiente (especialmente las metas de disminución de la población sin acceso sostenible a agua potable y a servicios básicos de saneamiento incluidas en el ODM 7). De manera sinérgica, el cumplimiento de los ODM converge en indicadores que forman parte del presente Plan Estratégico.

Este "Plan estratégico nacional integrado para la prevención, atención, control y eliminación de Enfermedades Infecciosas Desatendidas en Guatemala 2013-2015", ratifica los lineamientos, los recursos y el compromiso técnico de nuestro país para atender a todas las comunidades y superar las inequidades en salud.

Dr. Jorge Alejandro Villavicencio Alvarez.
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Contenido

Presentación	
Introducción	
Antecedentes globales y regionales	13
Formulación actual plan EID en Guatemala	17
Abordaje integrado, interprogramático e intersectorial de la EID	21
Epidemiología de las enfermedades desatendidas y estrategia de acción en Guatemala	
Enfermedad de Chagas	31
Geohelmintiasis	37
Leishmaniasis	41
Lepra	45
Oncocercosis	50
Tracoma	56
Plan Estratégico integrado para la prevención, atención, control y eliminación de Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EID)	61

Contenido

Propuesta de articulación de plan EID con el Plan Hambre Cero	67
Marco programático del Plan EID del MSPAS y resumen presupuestario	
• Enfermedad de Chagas	72
• Geohelmintiasis	77
• Leishmaniasis	81
• Lepra	87
• Oncocercosis	91
• Tracoma	94
Resumen presupuestario del MSPAS del Plan EID 2013-2015	97
Integración Estratégica	101
Referencia Bibliográficas	103
Anexos	

Introducción

En el presente, Guatemala desarrolla iniciativas de alcance nacional como el Plan Hambre Cero. Sus objetivos son sinérgicos con estrategias de prevención, control y eliminación de Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EID) y sus principales determinantes sociales. Entre esos objetivos destacan:

- Reducir en 10%, la prevalencia de desnutrición crónica en la niñez menor de 5 años.
- Prevenir y reducir la mortalidad en la niñez menor de 5 años relacionada con la desnutrición aguda.
- Combatir el hambre y promover la seguridad alimentaria y nutricional.
- Prevenir y atender la emergencia alimentaria y nutricional que afecta a la población vulnerable.

El plan EID en Guatemala es una respuesta a las necesidades nacionales para enfrentar en el futuro próximo los rezagos en la prevención de las EID así como la consolidación de los avances alcanzados hacia la eliminación específica de: oncocercosis, lepra y la ceguera por tracoma. La implementación del plan también contribuye de manera directa o indirecta en los esfuerzos nacionales para alcanzar los ODM.

Los países de las Américas han tomado la iniciativa y el compromiso de reducir o eliminar las EID en América Latina y el Caribe a través de resoluciones y acuerdos que contribuyen al trabajo intersectorial e interprogramático.

En Guatemala existen retos y oportunidades en la prevención, control y eliminación de enfermedades infectocontagiosas.

Un conjunto importante de la morbilidad actual de enfermedades transmisibles se relaciona con la situación económica, las inequidades en salud y los determinantes sociales.

Las enfermedades desatendidas son infecciones parasitarias y bacterianas muy comunes bajo condiciones de pobreza.

Se estima que en latinoamérica 200 millones de personas están expuestas a riesgo.

Las seis enfermedades que son objetivo del abordaje integral propuesto en este plan estratégico integrado para la prevención, atención, control y eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas (plan EID) son: enfermedad de Chagas, geohelmintiasis, leishmaniasis, lepra, oncocercosis y tracoma.



Antecedentes globales y regionales



Se estima que más de mil millones de personas en el mundo sufren de al menos una EID. En 2009, en un esfuerzo por acelerar el proceso de control y eliminación de las EID, los países miembros de la OPS/OMS aprobaron la Resolución CD49.R19, en donde se establecen estrategias y metas y se promueve alcanzarlas para el 2015 a través de un abordaje integral y de los determinantes sociales de salud y así reducir eficientemente la carga sanitaria, social y económica de las EID y otras enfermedades relacionadas con la pobreza.

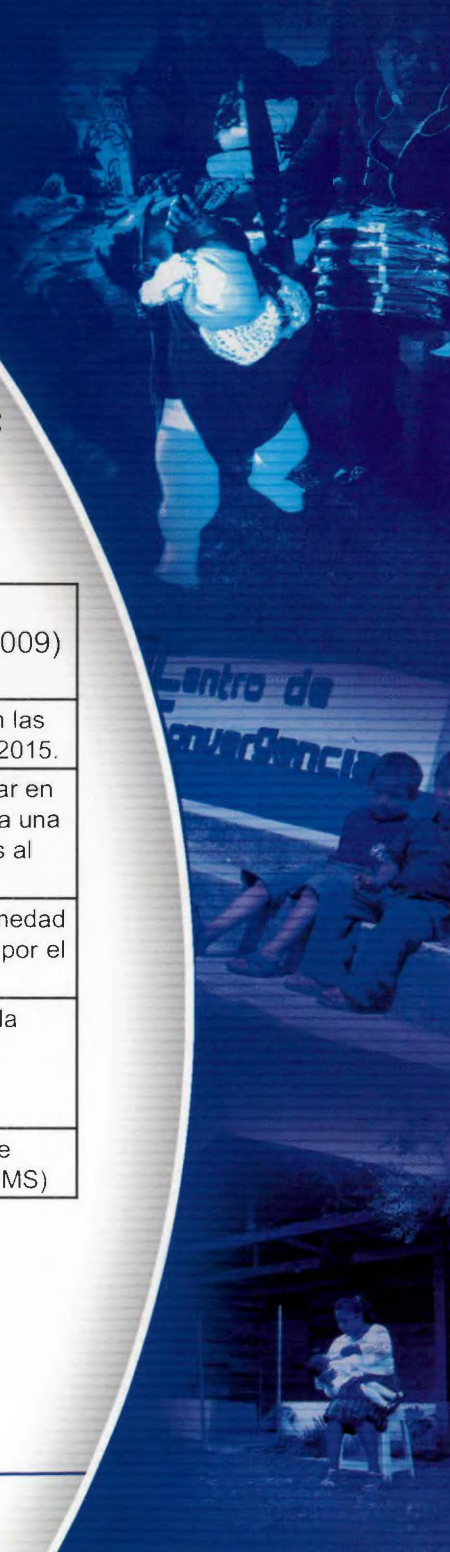
Un resumen para América latina del alcance de la CD49.R19 y relacionadas se presenta en el siguiente cuadro:

Enfermedad	Población a riesgo y focos en 2011	Metas regionales (resolución OPS/OMS CD49.R19 de 2009)
Oncocercosis*	0,5 millones en riesgo en: Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela	Eliminar la morbilidad ocular e interrumpir la transmisión para 2012 (resolución OPS/OMS CD48.R12 de 2008)
Filariasis linfática	12 millones en riesgo en Brasil, Guyana, Haití y República Dominicana	Prevalencia de microfiliaremiás 1% en sitios centinelas y sitios de verificación después de la quinta AMM, con al menos 65% de cobertura del total de la población en cada AMM
Tracoma*	50 millones en riesgo en Brasil, Colombia, Guatemala y México	Eliminar casos nuevos de ceguera causada por tracoma: reducción de la prevalencia de triquiasis tracomatosa (TT) a menos de 1 caso por cada mil personas (población general) y reducción de la prevalencia de inflamación tracomatosa folicular o intensa (TF y TI) a menos de 5% en niños de 1 a 9 años de edad.
Lepra*	Todos los países han eliminado nacionalmente excepto Brasil	Eliminar la lepra como problema de salud pública. (menos de 1 caso por 10 mil personas).
Enfermedad de Chagas*	México y todos los países en centro y sur américa	Interrumpir la transmisión vectorial domiciliar de <i>Trypanosoma cruzi</i> (menos de 1% de índice de infestación domiciliar triatomínica y seroprevalencia negativa en niños de hasta cinco años de edad y menos a excepción de la mínima aportada por casos en hijo de madres seropositivos). Interrumpir la transmisión transfusional de <i>T. cruzi</i> (cobertura de 100% de tamizaje en Bancos de Sangre). Resolución OPS/OMS CD50.R17 de 2010.

Un resumen para América latina del alcance de la CD49.R19 y relacionadas se presenta en el siguiente cuadro:

Enfermedad	Población a riesgo y focos en 2011	Metas regionales (resolución OPS/OMS CD49.R19 de 2009)
Esquistosomiasis	25 millones en Brasil, Venezuela Surinam y Santa Lucía.	Reducir la prevalencia y la carga parasitaria en las zonas de alta transmisión a menos de 10% al 2015.
Geohelmintiasis *	Riesgo en 30 países	Reducir la prevalencia en niños en edad escolar en las zonas de alto riesgo (prevalencia de 50%) a una prevalencia de 20% según recuento de huevos al 2015.
Leishmaniasis tegumentaria*	Todos los países en centro y sur américa excepto Chile y Uruguay	Control de morbilidad y reducir la enfermedad grave (es la meta establecida a nivel regional por el programa de leishmaniasis)
Leishmaniasis visceral*	Países endémicos: Brasil, Paraguay, Argentina, Colombia y Venezuela. Países con casos esporádicos: Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México y Nicaragua.	Controlar la morbilidad y evitar la letalidad (es la meta regional del programa de leishmaniasis).
Fascioliasis	Altiplano Andino	Reducir la carga de la enfermedad en zonas de riesgo (es la meta global por el programa de OMS)


*Son objeto del Plan EID en Guatemala





Formulación actual plan EID en Guatemala





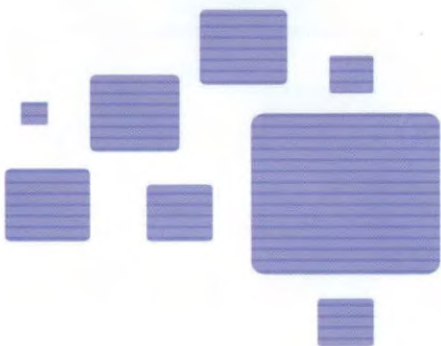
Desde 2010, el MSPAS conjuntamente con diferentes organismos (entre otros: OPS/OMS, CDC-CAR, FONAPAZ, MINFIN) gestiona el proyecto de atención a las EID financiado por BID, el cual fue una donación no reembolsable por \$USD480.000.

En abril de 2012, con la cooperación de OPS/OMS, se realizó en Guatemala el taller internacional sobre la elaboración de planes integrales para la prevención, el control y la eliminación de EID. Participaron 20 funcionarios del MSPAS en la inducción de la guía de OPS/OMS.

En el segundo semestre de 2012 se realizaron tres reuniones técnicas con la participación de los responsables de los programas de prevención y control del MSPAS de: enfermedad de Chagas, geohelmintiasis, leishmaniasis, oncocercosis y tracoma. Los equipos se conformaron con personal del Centro Nacional de Epidemiología (CNE), Laboratorio Nacional de Salud (LNS) y del Programa de Educación en Salud (PROEDUSA) del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) del MSPAS y funcionarios de áreas de Sololá y Alta Verapaz. Entre los meses de octubre 2012 a febrero de 2013 se llevaron a cabo sucesivas sesiones de trabajo metodológico para la integración estratégica con los responsables de los diferentes programas y de SIAS. Fueron revisados los contenidos y se incorporó el abordaje de lepra dentro del plan de EID. La dinámica utilizada fue mediante grupos de trabajo intersectoriales apoyados por los profesionales de epidemiología, entomología y laboratorio del MSPAS.



Abordaje integrado, interprogramático e intersectorial de las EID





Existen varias ventajas en el manejo integral para mejorar tanto el estado de salud, como las condiciones de vida de las poblaciones afectadas a través del trabajo multidisciplinario e intersectorial (1). Entre los determinantes sociales de la salud para abordar la prevención de las EID se debe incluir el mejoramiento de: educación, provisión de agua potable, saneamiento, condiciones de las viviendas y políticas de reducción de la pobreza.

Es necesario incorporar en el esfuerzo a otros sectores como educación, medio ambiente, obras públicas, economía, organizaciones internacionales, ONG's, sector privado y municipalidades.

Pobreza y EID



En Guatemala, las EID están asociadas con: saneamiento deficiente, aguas insalubres, acceso limitado a la atención y educación en salud y abordaje intercultural limitado.

La infección en los niños se asocia con malnutrición y retraso en el desarrollo y el crecimiento. En los adultos, sus efectos nocivos resultan en estigmatización social, pérdida de la productividad y reducción de la capacidad para generar ingresos (2). Guatemala presenta altos índices de pobreza y pobreza extrema aunque se nota una disminución a partir del año 2000, según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) (3), como lo vemos a continuación:

Distribución de pobreza por año

Año	Pobreza extrema %	Pobreza no extrema %	Pobreza total	No pobreza
2000	15,7	40,3	56	44
2006	15,2	35,8	51	49
2011	13,3	40,3	53,7	46,2

Fuente: ENCOVI 2011

Por lo anterior, las EID continúan siendo una amenaza. La población en situación de pobreza es la que geográficamente se encuentra en zonas de difícil acceso y marginalidad principalmente en: Huehuetenango, Alta Verapaz, San Marcos y Quiché.(4).

La pobreza es predominante en departamentos con alta población indígena que habita en áreas rurales o urbano-marginales. Como puede apreciarse, la mayoría de población es rural:

Distribución de pobreza urbana y rural

Área	Población total	Pobreza extrema %	Pobreza no extrema %	Pobreza total %	No pobreza %
Urbano	7.096.381	14,27	47,6	61,9	38
Rural	7.540.106	14,76	46,6	61,4	38,6

Fuente: ENCOVI 2011.





Beneficios del abordaje integrado, interprogramático e intersectorial.

El trabajo integrado comparte las responsabilidades con diversos sectores y equipos para alcanzar los objetivos. Siguiendo las mismas líneas estratégicas, es factible abordar las EID en coordinación con otros problemas de salud. Por ejemplo, la implementación de medidas relacionadas con el suministro de agua, saneamiento, mejoramiento de vivienda, limpieza de la zona peridoméstica y eliminación del hacinamiento previenen o controlan a la vez: enfermedad de Chagas, geohelmintiasis, leishmaniasis, lepra, oncocercosis y tracoma. El sector de salud pública puede realizar todas estas gestiones con otros ministerios o sectores no gubernamentales y la sociedad civil en el marco de iniciativas intersectoriales como el Pacto Hambre Cero.



Contexto y factores determinantes de la salud

Guatemala se encuentra en América Central y limita al norte y al noroeste con México, al este con Honduras, El Salvador y Belice y al sudoeste con el Océano pacífico. Su extensión territorial es de 108.889 kilómetros cuadrados. Su relieve es irregular y montañoso, alcanzando hasta más de 4.000 metros sobre el nivel del mar, con diversidad de ecosistemas y variedad climática.

Cuenta con una serie de volcanes que predisponen a frecuentes sismos y erupciones volcánicas. El sistema de gobierno es republicano y democrático. Su capital es la ciudad de Guatemala y la división político administrativa incluye 22 departamentos, 331 municipios con 20.485 poblados.

La mitad de su población es indígena. La pobreza y la pobreza extrema afectan en mayor proporción a la población indígena y población rural (5).

Características generales

Para 2012, la población proyectada fue de 15,107,339 habitantes con una densidad poblacional de 138 habitantes por km². La población económicamente activa representa el 40%. Aproximadamente la mitad de esta población reside en aéreas rurales y solo el 37% tiene ocupación plena. Entre el 2007 y el 2010 el desempleo aumentó.

Entre el 2006 y el 2012 el analfabetismo disminuyó de un 24% a 18,5%. La tasa de escolaridad ha llegado a 98,7% de cobertura para la educación primaria. Aunque el promedio de escolaridad para la población en general es de 5,3 años, para los indígenas es de 2,1 años. (5)

Medio ambiente

El acceso a servicios de saneamiento básico ha mejorado, aunque persisten marcadas diferencias urbano/rurales y aún no se ha logrado garantizar la provisión de agua apta para el consumo humano (5).

Recurso hídrico

El 22% de la población no cuenta con acceso a fuentes mejoradas de agua, cerca de un 40% de los recursos hídricos presentan algún grado de contaminación, y la inversión que hace el estado de Guatemala por habitante, en cuanto a abastecimiento de agua y saneamiento, es menos de Q 75 al año (6).

Guatemala registraba un 63% de acceso a fuentes mejoradas de agua potable en 1990, teniendo como objetivo alcanzar un 87,5% de hogares en 2015. Sin embargo, de no modificarse la tasa de crecimiento económico histórica que tiene el país, este objetivo no será realizable ni siquiera en el año 2021.

Al mejorar este determinante, estaremos contribuyendo al desarrollo de la población tomando en cuenta que muchos de ellos dependen de la agricultura, además de disminuir enfermedades infecciosas relacionadas al agua (por ejemplo, geohelmintiasis y tracoma).

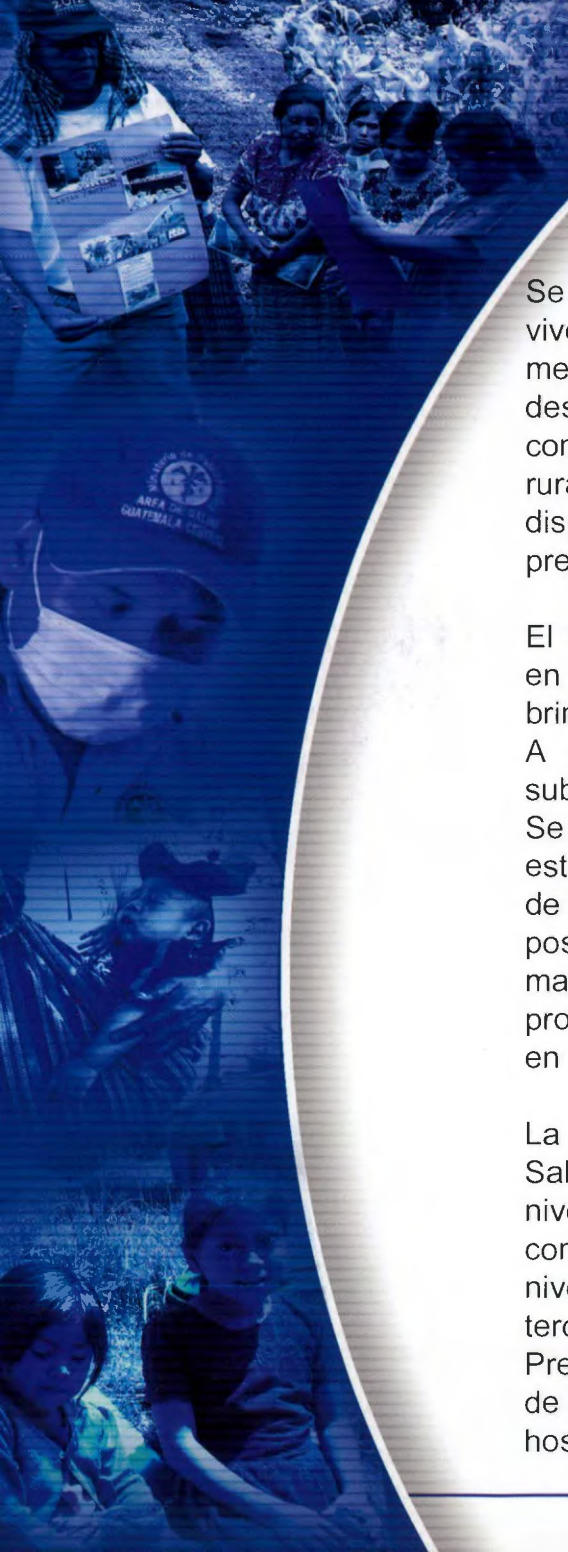
Desarrollo ambiental

En un estudio, en el cual fueron evaluados 22 indicadores ambientales, se determinó que el país se encontraba en la posición 76 de 132 países con una puntuación de 51,88 sobre 100. Del total de los 22 indicadores, hay algunos que representan una ventaja para el país, mientras que existen aquellos que necesitan de una atención especial para introducir mejoras (7).

Desarrollo Humano

Siendo un país de renta media, Guatemala tiene un índice de desarrollo humano de 0,574 el cual es inferior a otros países de Centroamérica (8).





*Políticas y sistemas de
protección social y de salud*

Se calcula que el 51,5% de la población vive en áreas rurales. En la zona metropolitana existe una intensa y desordenada urbanización que contrasta con las localidades rurales donde las comunidades dispersas son un desafío para la prestación de los servicios de salud.

El sistema de salud está segmentado en varios subsistemas, los cuales brindan atención a diferentes usuarios. A pesar del funcionamiento de los subsistemas no existe la cobertura total. Se considera que estos en su interior están fragmentados, con vacíos reales de integración y coordinación lo cual posibilita la dualidad de funciones y mayor consumo de recursos. Persisten problemas de accesibilidad y de calidad en los servicios.

La red de servicios del Ministerio de Salud está distribuida en tres niveles de atención: el primer nivel con 1,101 establecimientos, el segundo nivel con 346 establecimientos y el tercer nivel con 45 hospitales. Presupuestariamente, la concentración de los recursos está en la red hospitalaria.

El Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS) cuenta con una red de servicios de: 22 hospitales, 1 policlínica, 3 centros de atención integral, 36 consultorios, 11 puestos de salud, 2 unidades asistenciales, 2 salas anexo y 48 unidades integrales de adscripción.

El sector privado a través del Departamento de Regulación y Acreditación de los Establecimientos de Salud (DRACES) reporta el registro de 6,963 establecimientos de salud privados. Dentro del sistema nacional de salud existen el Hospital Militar y el hospital de la Policía Nacional Civil.

Sumario de indicadores 2012

Población Total	15, 138, 000 (1)
Población Rural %	50,5 (1)
Esperanza de vida al nacer en años	70,8 (1)
Tasa de mortalidad infantil por 1000 NVR	30 (1)
Razón de mortalidad materna por 100.000 NVR	139 (2)
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	7,3
Gasto público en salud como porcentaje del gasto público del gobierno	1,71
Posición del Índice de Desarrollo Humano en relación a 182 países	122
Ingreso Nacional Bruto per cápita USD\$	4 690 (1)
Población bajo el umbral de la pobreza nacional en porcentaje	11,7

Fuente:

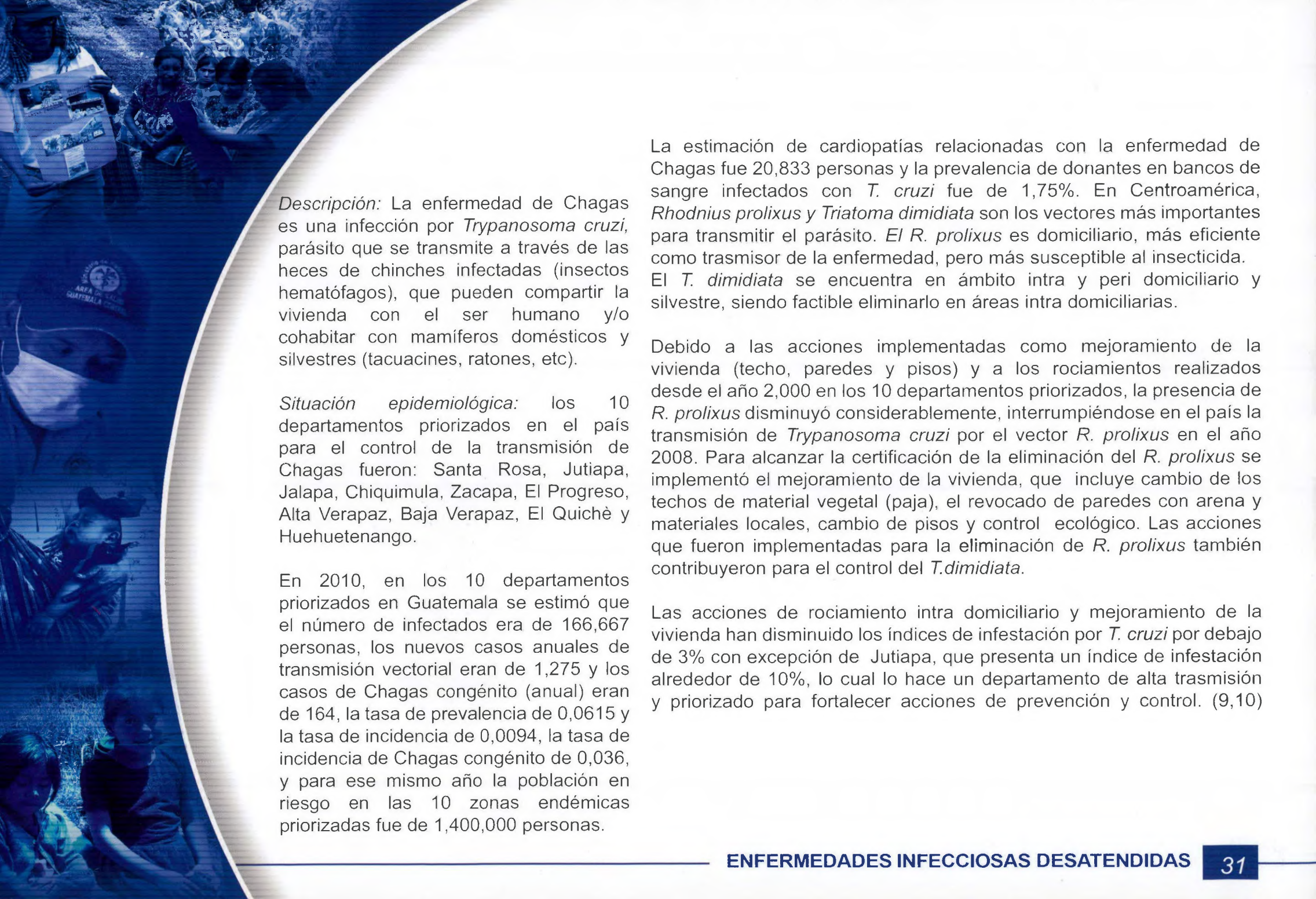
- (1) OPS (2010). Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2010. Organización Panamericana de la Salud.
(2) MSPAS/SEGEPLAN (2010). Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007. Informe Preliminar. Guatemala, 2010.



Epidemiología de las enfermedades desatendidas y estrategia de acción en Guatemala



Enfermedad de Chagas



Descripción: La enfermedad de Chagas es una infección por *Trypanosoma cruzi*, parásito que se transmite a través de las heces de chinches infectadas (insectos hematófagos), que pueden compartir la vivienda con el ser humano y/o cohabitar con mamíferos domésticos y silvestres (tacuacines, ratones, etc).

Situación epidemiológica: los 10 departamentos priorizados en el país para el control de la transmisión de Chagas fueron: Santa Rosa, Jutiapa, Jalapa, Chiquimula, Zacapa, El Progreso, Alta Verapaz, Baja Verapaz, El Quiché y Huehuetenango.

En 2010, en los 10 departamentos priorizados en Guatemala se estimó que el número de infectados era de 166,667 personas, los nuevos casos anuales de transmisión vectorial eran de 1,275 y los casos de Chagas congénito (anual) eran de 164, la tasa de prevalencia de 0,0615 y la tasa de incidencia de 0,0094, la tasa de incidencia de Chagas congénito de 0,036, y para ese mismo año la población en riesgo en las 10 zonas endémicas priorizadas fue de 1,400,000 personas.

La estimación de cardiopatías relacionadas con la enfermedad de Chagas fue 20,833 personas y la prevalencia de donantes en bancos de sangre infectados con *T. cruzi* fue de 1,75%. En Centroamérica, *Rhodnius prolixus* y *Triatoma dimidiata* son los vectores más importantes para transmitir el parásito. El *R. prolixus* es domiciliario, más eficiente como trasmisor de la enfermedad, pero más susceptible al insecticida. El *T. dimidiata* se encuentra en ámbito intra y peri domiciliario y silvestre, siendo factible eliminarlo en áreas intra domiciliarias.

Debido a las acciones implementadas como mejoramiento de la vivienda (techo, paredes y pisos) y a los rociamientos realizados desde el año 2,000 en los 10 departamentos priorizados, la presencia de *R. prolixus* disminuyó considerablemente, interrumpiéndose en el país la transmisión de *Trypanosoma cruzi* por el vector *R. prolixus* en el año 2008. Para alcanzar la certificación de la eliminación del *R. prolixus* se implementó el mejoramiento de la vivienda, que incluye cambio de los techos de material vegetal (paja), el revocado de paredes con arena y materiales locales, cambio de pisos y control ecológico. Las acciones que fueron implementadas para la eliminación de *R. prolixus* también contribuyeron para el control del *T. dimidiata*.

Las acciones de rociamiento intra domiciliario y mejoramiento de la vivienda han disminuido los índices de infestación por *T. cruzi* por debajo de 3% con excepción de Jutiapa, que presenta un índice de infestación alrededor de 10%, lo cual lo hace un departamento de alta transmisión y priorizado para fortalecer acciones de prevención y control. (9,10)

Control Vectorial

Control Vectorial de *Rhodnius prolixus*.

Objetivo: Lograr la certificación de la eliminación de *Rhodnius prolixus*.

Meta: Mantener el índice de infestación en 0.

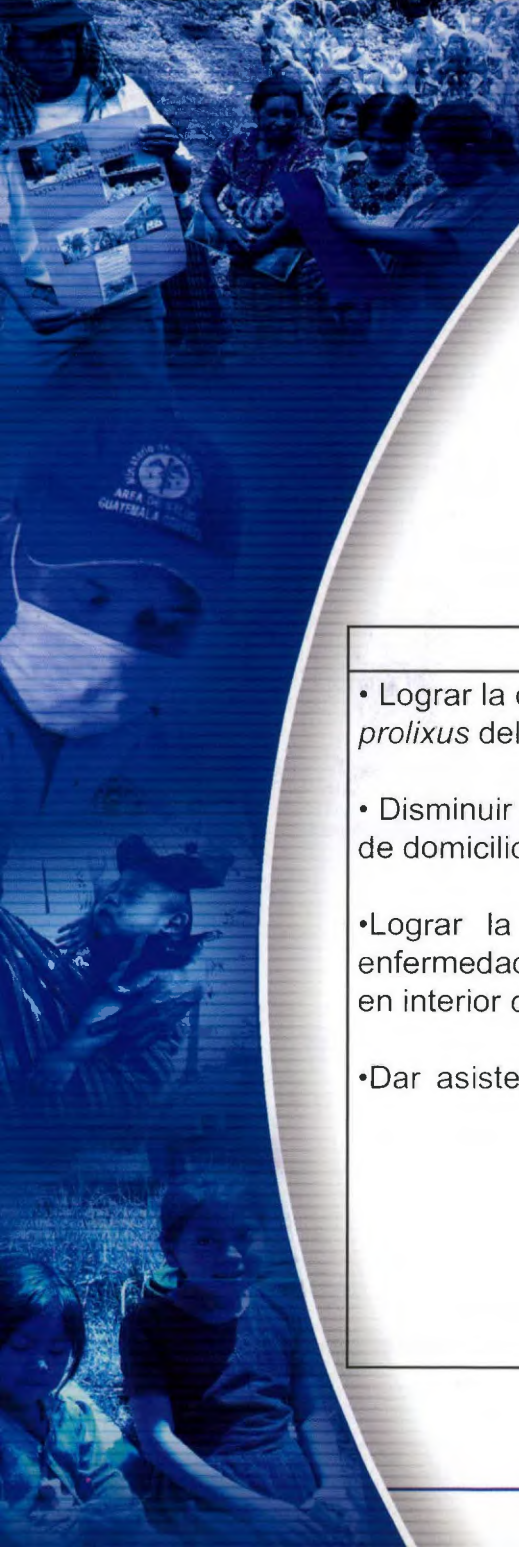
Activa:

* Detectar un índice de infestación de 0% a través de muestreo probabilístico, por conglomerados en dos etapas.

Pasiva:

* Búsqueda comunitaria en 317 localidades (con historia de presencia de *Rhodnius prolixus*).





Intervenciones

- Tamizaje al 100% de las transfusiones sanguíneas en bancos de sangre.
- Control de la transmisión congénita.
- Vigilancia Entomológica con base comunitaria

Objetivo	Estrategias
<ul style="list-style-type: none">• Lograr la certificación de eliminación de <i>Rhodnius prolixus</i> del país en el año 2015.• Disminuir a <5% el índice de infestación en interior de domicilio para <i>Triatoma dimidiata</i>.• Lograr la certificación de la Interrupción de la enfermedad de Chagas por <i>Triatoma dimidiata</i> en interior de domicilio.• Dar asistencia a los pacientes agudos y crónicos.	<ul style="list-style-type: none">• Coordinación inter programática e intersectorial.• Mantener y fortalecer la vigilancia epidemiológica y el control entomológico de acuerdo al perfil epidemiológico.• Movilización Social (Campaña de información, educación, comunicación) (IEC).• Diagnosticar y tratar precozmente los casos agudos y crónicos para asegurar el tratamiento inmediato.• Monitoreo y evaluación de las acciones implementadas para asegurar la calidad de las intervenciones.• Promover la investigación.



Geohelminthiasis



Descripción: Los geohelmintos (parásitos intestinales) son del orden de los nemátodos, su principal característica en su ciclo de vida, es la necesidad de cumplir una de sus etapas, transitando por el suelo, lo cual les hace infectantes.

Entre ellos tenemos: *Ascaris lumbricoides* (lombrices), *Trichuris trichiura* (tricocefalos) y *Uncinarias* (*Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale*).

Son las infecciones más comunes y su presencia y persistencia se debe al poco acceso a agua y saneamiento básico en comunidades pobres.

Situación epidemiológica: en el año 2010 en 30 países de la región se estimó que 13,8 millones de niños en edad preescolar y 31 millones de niños en edad escolar están en riesgo de sufrir infección. Estas enfermedades contribuyen a la perpetuación de la pobreza, el retraso en el desarrollo físico y cognitivo en los niños y reducen la capacidad laboral y productiva en adultos.

En Guatemala existe evidencia de la presencia de geohelminCIAS en todos sus departamentos. De acuerdo a datos del SIGSA del año 2010 se calculó una tasa del 66 por 1,000 en menores de 5 años. Respecto a la prevalencia en niños en edad escolar existen algunos estudios publicados demostrando niveles superiores a 50% en algunos departamentos del país (11).

Parasitismo Intestinal
Tasa por mil habitantes
menores de cinco años
Guatemala 2010.

Departamento	Tasa
Ixcán	246
Petén Sur Occidental	175
Petén Sur Oriental	148
Baja Verapaz	142
Chiquimula	117
San Marcos	113
Jutiapa	112
Escuintla	112
Zacapa	112
Izabal	106
Santa Rosa	95
Huehuetenango	92
Petén Norte	89
Retalhuleu	79
El Progreso	69
Ixil	69
Sololá	62
El Quiché	59
Alta Verapaz	56
Jalapa	55
Quetzaltenango	51
Sacatepéquez	33
Suchitepéquez	31
Chimaltenango	17
Guatemala Nororiental	2
Totonicapán	1
Guatemala Central	0
Guatemala Noroccidente	0
Guatemala Sur	0
Promedio	66

En el contexto del plan integral de enfermedades infecciosas desatendidas y el abordaje de las geohelmintiasis está prevista la incorporación del control de estas enfermedades en la política nacional del plan Pacto Hambre Cero. Los componentes identificados dentro del Plan Hambre Cero establecen el mejoramiento para la provisión de servicios básicos de salud y nutrición en coordinación con los sectores responsables de la educación, el abastecimiento de agua segura y saneamiento ambiental. Las acciones correspondientes son enmarcadas en la “prevención de enfermedades prevalentes de la infancia” con énfasis, en la importancia de los municipios y poblaciones priorizadas en el mismo.

Intervenciones:

A continuación se describen las intervenciones para lograr reducir la prevalencia de geohelmintiasis:

- Diseñar e implementar un estudio para medir la prevalencia e intensidad de infección en niñas y niños en edad escolar.
- Planificar y establecer la posibilidad en la administración masiva de antiparasitarios en niñas y niños en edad escolar.
- Implementar metodologías de prevención y educación para la población en general.


- Realizar el monitoreo y evaluación para asegurar la eficiencia de las intervenciones realizadas.
- Coordinación de acciones de prevención, tratamiento y seguimiento con el Ministerio de Educación, el Viceministerio de Atención Primaria en Salud del MSPAS y Agencias de Cooperación.

Objetivo	Estrategias
<p>Reducir la prevalencia de geohelmintiasis en niñas y niños en edad escolar a menos del 20%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de acciones para el control de geohelminthos, dentro del Pacto político nacional “Hambre Cero”. • Diseñar e implementar un estudio para medir prevalencia e intensidad de infección. • Realizar la administración de antiparasitario en función de la situación epidemiológica. • Coordinar actividades de prevención, tratamiento y seguimiento con Ministerio de Educación, Agencias de Cooperación y el Viceministerio de Atención Primaria en Salud. • Implementar metodologías de prevención. • Inclusión de Albendazol en el presupuesto local anual de áreas de Salud del país. • Realizar el monitoreo y evaluación respectiva





Leishmaniasis



Descripción: es un grupo de enfermedades parasitarias causadas por protozoos pertenecientes a la familia *Trypanosomatidae*, orden Kinetoplastida, género *Leishmania*. La infección corresponde, en la mayoría de casos, a una antroponosis que es introducida al organismo por la picadura de un vector del género *Phlebotomus* (viejo mundo) o *Lutzomyia* (nuevo mundo). Ocasionalmente lesionan en piel, mucosas o sistémicas.

Las condiciones geo-ecológicas adecuadas para la transmisión de la enfermedad se encuentran en focos ubicados en bosques tropicales primarios, con presencia de reservorios y vectores; bosques secundarios, selva húmeda tropical (leishmaniasis cutánea ulcerada y mucocutánea); bosque seco tropical (leishmaniasis visceral y cutánea no ulcerada). Desde los años 90 se han reportado casos de leishmaniasis visceral en ambientes urbanos de los países de Sur América, donde *Lutzomyia longipalpis* se ha adaptado.

Las migraciones poblacionales que se realizan en lugares enzoóticos aumentan las probabilidades de contraer la infección. La colonización de áreas semiforestales y la explotación extensiva y desordenada de recursos naturales, las malas condiciones de vida y la falta de conocimientos en medidas de protección por parte de la población, son los principales condicionantes de la enfermedad en las zonas de riesgo.

Situación epidemiológica: en Guatemala, la vigilancia y control de la enfermedad ha sido mediante la detección pasiva y el tratamiento de casos por lo que no se puede saber con exactitud la magnitud de esta enfermedad en sus diferentes manifestaciones clínicas. Aún existe subregistro de casos y se carece de un análisis de la magnitud y tendencias, además de la capacidad de respuesta de los servicios de salud.

Tampoco se dispone de estudios de cohorte de tratamiento, lo que no ha permitido conocer con exactitud el grado de respuesta al medicamento administrado y no se ha podido establecer la supervisión en la administración del mismo. En el periodo de 2000-2008 fueron reportados 6,118 casos de leishmaniasis de los cuales 84,7% fueron en mayores de 10 años y el 67% en el sexo masculino.

El 94,8% de los casos reportados corresponden a leishmaniasis cutánea, el 5,2% a leishmaniasis mucocutánea, visceral y en otros casos no se especifica el tipo de leishmaniasis diagnosticada; sin embargo, los casos mucocutáneos y viscerales reportados por el SIGSA no fueron confirmados por el Laboratorio Nacional de Salud, con excepción de un caso de leishmaniasis visceral en 2008 proveniente de Camotán, Chiquimula (12).

A partir de 2009 se implementaron las acciones de vigilancia, prevención y control de la enfermedad; lo cual ha permitido establecer, según información obtenida en el período de 2008 al 2011, que 91% de los casos están concentrados en Alta Verapaz (2235 casos), Petén Norte (1552 casos) y Petén Suroriente (1284 casos), además otras áreas de salud también han reportado casos como: Petén Suroccidente (243 casos), y otros 249 casos en Ixcán, Izabal, Zacapa, Baja Verapaz, El Quiché, Sololá, Quetzaltenango, El Progreso, Escuintla, Chiquimula, Santa Rosa, Jalapa y Guatemala.

El actual perfil epidemiológico y clínico de la enfermedad se asemeja con el periodo anterior donde el mayor porcentaje de casos fue registrado en mayores de 10 años y en personas del sexo masculino, siendo la forma cutánea la más prevalente.

Intervenciones:

- Implementar acciones de vigilancia epidemiológica por medio del mejoramiento de la calidad del sistema de información, para establecer la estratificación del riesgo y planificación de las acciones para la atención de las personas afectadas.

- Detección oportuna de casos a través del diagnóstico de laboratorio y tratamiento adecuado en las Áreas de salud priorizadas: Alta Verapaz, Petén Norte, Petén Sur Occidental, Petén Sur Oriente, Huehuetenango, Baja Verapaz, Izabal, El Quiché, Chiquimula y Zacapa.

- Movilización social y participación comunitaria con pertinencia cultural para fortalecer la prevención, el diagnóstico y tratamiento oportuno.

- Implementar manejo integrado de vectores en localidades con leishmaniasis visceral.

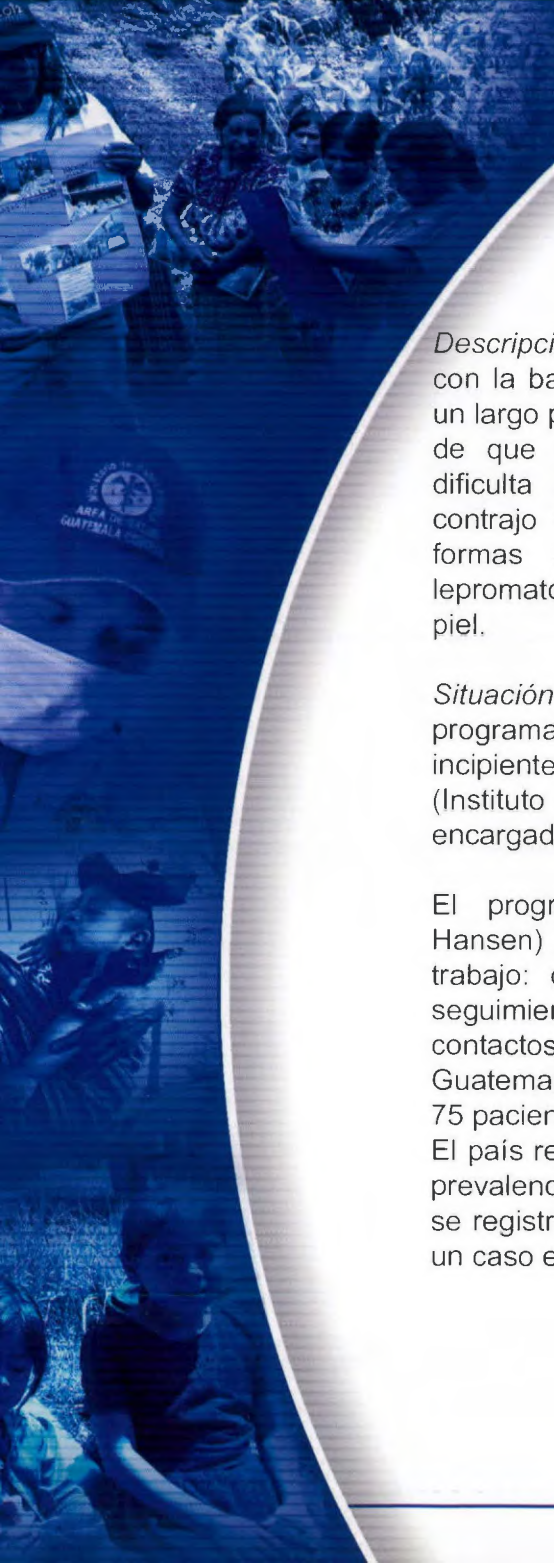
- Implementar la vigilancia entomológica para identificar posible transmisión intradomiciliaria.

Objetivo	Estrategia
Fortalecer las acciones de prevención, vigilancia y control de la leishmaniasis con el propósito de ampliar la cobertura de los servicios de salud y reducir los riesgos de contraer la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un plan de capacitación al personal institucional de salud. • Elaborar planes de IEC para acompañar la implementación de los planes nacionales. • Supervisar, monitorear y evaluar los servicios de salud. • Diagnóstico y tratamiento oportunos • Establecer e implementar medidas para prevención, vigilancia y control vectorial. • Fortalecer las acciones de vigilancia y control de las leishmaniasis.





Lepra



Descripción: es una infección relacionada con la bacteria *Mycobacterium leprae*. Tiene un largo periodo de incubación (tiempo antes de que aparezcan los síntomas), lo cual dificulta saber dónde y cuándo alguien contrajo la enfermedad. Se describen dos formas comunes: la tuberculoide y la lepromatosa. Ambas ocasionan úlceras en la piel.

Situación epidemiológica: En Guatemala el programa de lepra en el MSPAS aún es incipiente y la organización INDERMA (Instituto Dermatológico) ha sido la encargada de la atención.

El programa de lepra (enfermedad de Hansen) debe tener 4 áreas principales de trabajo: detección temprana, tratamiento y seguimiento, monitoreo y control de contactos. La población total afectada en Guatemala durante los últimos 12 años es de 75 pacientes (13).

El país reportó para el año 2011 una tasa de prevalencia de 0,009 por 10,000 habitantes y se registraron 3 casos nuevos (de los cuales un caso es multibacilar).

El país reportó para el año 2011 una tasa de prevalencia de 0,009 por 10,000 habitantes y se registraron 3 casos nuevos (de los cuales un caso es multibacilar). Se han reportado casos de lepra principalmente en los departamentos de Zacapa, Santa Rosa, Jutiapa, El Progreso y Chiquimula, y se tiene registros de reporte en el resto con excepción de Quetzaltenango, San Marcos, Totonicapán y Suchitepéquez. En los años 2010 y 2011 los reportes han sido en las zonas cálidas de los departamentos. El sistema de salud detecta y reporta los casos a INDERMA, donde se estudian los pacientes, contactos domiciliarios y genotipo. La OPS/OMS suministra los tratamientos a la referida institución.

Intervenciones:

- Optimización del tratamiento mediante protocolización de acuerdo a la norma internacional.
- Fomento de la vigilancia activa para determinar los casos de recaída, incidencia y prevalencia.
- Vigilancia estrecha de contactos: a través de los médicos con realización de evaluación física completa.
- Mejoramiento de servicios para detección de nuevos casos (debe incluir estrategias para impulsar el diagnóstico diferencial de lepra).
- Educación para prestadores de servicios y personal del primero y segundo nivel de atención.
- Incremento de las actividades de detección y toma de muestra en la consulta externa del segundo nivel de atención haciendo el diagnóstico clínico y bacteriológico en coordinación con el Laboratorio Nacional de Salud (LNS).
- Ejecución de campañas en contra del estigma y la discriminación de los pacientes con enfermedad de Hansen y de sus contactos.(13).

Objetivo	Estrategia
Eliminar la lepra como problema de salud pública en todo el país	<ul style="list-style-type: none"> • Detección temprana de casos y tratamiento con poliquimioterapia a 100% de los pacientes. • Capacitación al personal de salud del programa y laboratorio en la detección del agente etiológico. • Equipamiento de laboratorio para el diagnóstico. • Participación comunitaria a través de los promotores de salud para la detección de lepra y sus discapacidades. • Monitoreo y evaluación.

Total de Casos de Lepra reportados por país. Cuadro comparativo 2007 – 2012:

Año	MB	PB	Totales
2007	11	3	14
2008	12	5	17
2009	13	5	18
2010	14	5	19
2011	---	---	13
2012	---	---	10

MB (multibacilar) PB (paucibacilar)
Fuente: INDERMA



Distribución de casos de lepra por sexo. 2007 - 2012

Año	Hombres	Mujeres
2007	13	1
2008	15	2
2009	16	2
2010	17	2
2011	---	---
2012	---	---

Fuente: INDERMA

Distribución de casos de lepra en tratamiento por departamento, de 1998-2012

Departamento	No. de pacientes
Zacapa	6
Santa rosa	3
Izabal	4
Guatemala	3
Baja verapaz	2
Jutiapa	2
Escuintla	2
El Quiché	1
Jalapa	1
El progreso	1



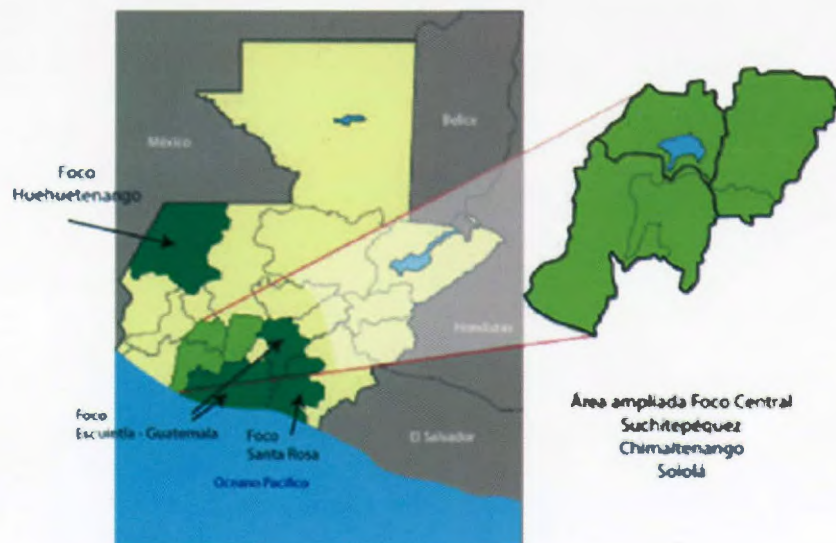
Oncocercosis


Descripción: la oncocercosis es una enfermedad parasitaria causada por *Onchocerca volvulus*. Este parásito puede dañar la piel y los ojos hasta dejar ciegas a las personas y es transmitido por moscas del género *Simulium*, (mosca canche) en zonas comprendidas entre 500 y 1,500 metros sobre el nivel del mar.

En las Américas, la OPS/OMS respondió al llamado para eliminar toda la morbilidad por oncocercosis en la región para el año 2007 (resolución XIV de la XXXV Reunión del consejo directivo de la OPS/OMS 1991). Para ello, en 1992 se inició la formación de una asociación multinacional y multiagencial, representada en el Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA).

La estrategia empleada en latinoamérica ha consistido en administrar tratamiento masivo con Ivermectina cada 6 meses a la población elegible y alcanzar coberturas por encima del 85%. Fueron identificadas 1,850 comunidades endémicas en la Región de las Américas de las cuales 518 se ubicaron en Guatemala.

Foco Central de Guatemala: Suchitepéquez, Chimaltenango y Sololá





Situación epidemiológica: En latinoamérica 560,911 personas habitan en zonas que han sido endémicas en 6 países. Guatemala presentó 4 focos en los cuales habitan 231,467 personas (año 2012). Se consideran con transmisión eliminada: Santa Rosa (2009), Escuintla/Guatemala (2010) y Huehuetenango (2011) (14,15,16), mientras que los departamentos de Sololá, Suchitepéquez y Chimaltenango conforman un solo foco, denominado central. Este último se encuentra en Vigilancia epidemiológica postratamiento (VEPT) con un total de población a riesgo de 126,430 personas. El tratamiento en el foco central, fue iniciado en 1988 pero de manera circunscrita en algunas comunidades. En 1990, el tratamiento se extendió a todas las comunidades endémicas de oncocercosis del país, inicialmente con una ronda de tratamiento al año y fue en 2001 cuando se administraron dos rondas cada 6 meses en los 4 focos, los cuales interrumpieron la administración de medicamentos cuando alcanzaron los 10 años de tratamiento con coberturas superiores al 85%.

La decisión de interrumpir la administración masiva de Ivermectina se adoptó tras realizar las evaluaciones epidemiológicas de acuerdo con las guías establecidas por la OMS y comprobar la interrupción de la transmisión (17).

El último foco en VEPT es el foco central. Los resultados de las diferentes evaluaciones epidemiológicas realizadas a través de los años de acuerdo a las directrices establecidas por la OMS confirman que la transmisión se encuentra interrumpida en el foco central y no hay manifestación alguna de enfermedad reciente atribuible a oncocercosis en todo el foco.

En correspondencia a las recomendaciones del Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA) al MSPAS de Guatemala emitió el acuerdo ministerial 438-2012 para:

- Suspender a partir del 2012 el tratamiento con Ivermectina en el foco central de Guatemala.
- Iniciar en 2012, un periodo de 3 años de VEPT la cual incluye tres componentes:
 - a) Componente educativo: Consiste en informar a los equipos de salud y a las comunidades sobre la suspensión del tratamiento e inicio de la VEPT, a partir del 2012.
 - b) Evaluación entomológica: Se realizará en 2013-2014 en la época de más alta transmisión, de octubre a marzo.
 - c) Preparación de informe: Es necesario compilar información probatoria para solicitar a OMS la verificación de la eliminación de la enfermedad. Este informe se ha iniciado en 2013. La OMS verificará la eliminación de la oncocercosis en Guatemala, una vez se le entregue el informe y un comité de expertos evalúe la eliminación en los cuatro focos.

Cronograma hacia la verificación de la eliminación de la Oncocercosis en Guatemala

Foco	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Santa Rosa	VEPT								
Escuintla-Guatemala	Tx	VEPT							
Huehuetenango	Tx	Tx	VEPT						
Central	Tx	Tx	Tx	Tx	Tx	VEPT			

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia social



Intervenciones:

- Continuar con la VEPT en el foco central entre 2012-2014.
- Elaboración del dossier para la verificación de la eliminación de la oncocercosis.
- Realizar la investigación epidemiológica y entomológica para la verificación de la eliminación de la enfermedad.
- Fortalecimiento de la información, educación y comunicación (IEC).
- Coordinar con el Plan Hambre Cero la entrega de medicamentos antiparasitarios a través del sub-programa de geohelminfos en zonas anteriormente endémicas.

Objetivos	Estrategias
Verificar la eliminación de la Oncocercosis en Guatemala para el 2015.	<ul style="list-style-type: none">• Coordinación intersectorial e interprogramática.• Actualizar la vigilancia al periodo post-eliminación ante una eventual recrudescencia.• Monitoreo y evaluación de las actividades de Vigilancia Epidemiológica Post Tratamiento en el Foco Central.• Fomentar la movilización social para mantener el logro de la eliminación de la oncocercosis.• Generar pruebas de la eliminación de oncocercosis.



Tracoma

Descripción: El tracoma es la infección del ojo causada por *Chlamydia trachomatis*, transmitida de persona a persona por contacto directo con áreas de la piel contaminada, que comúnmente se relaciona con situaciones de escasez de agua segura, saneamiento personal y ambiental y condiciones de hacinamiento.

Se considera una enfermedad asociada con la pobreza y puede generar ceguera si no es tratada oportunamente. Esta eventual discapacidad agudiza la condición socio económica de la persona afectada pues disminuye sus oportunidades de poder trabajar pudiéndola llevar a una situación de pobreza extrema.

Situación epidemiológica: en el año 2011, se realizó un estudio sobre la prevalencia del tracoma activo y la triquiasis en cuatro municipios seleccionados debido a que se sospechaba que en esa región persistían los problemas de tracoma.

Los hallazgos sugirieron que probablemente el tracoma fue un problema en estos municipios pero solo en dos de ellos (Nahualá y Santa Catarina de la región costera colindante con Suchitepéquez) se reportaron prevalencias de tracoma activo cercanas al 10%. Una comunidad en Santa Catarina Costa reportó índices especialmente elevados de tracoma. Desde el 2011 se está trabajando para que los profesionales de salud hagan el diagnóstico diferencial de conjuntivitis y se han reportado casos de tracoma folicular en los departamentos de: Izabal, San Marcos, Huehuetenango y Jutiapa. Debido a que el país no realiza sistemáticamente el diagnóstico diferencial de conjuntivitis, en el caso de tracoma folicular, debe investigarse la posible sub notificación de la enfermedad.

Intervenciones:

La OMS recomienda implementar las siguientes intervenciones de prevención y control, que por nemotecnia responden a la palabra en inglés "SAFE":

"S" (Surgery- Cirugía):

la cirugía se aplicará a los casos de triquiasis tracomatosa (entropión).

"A" (Antibiotic- Antibiótico):

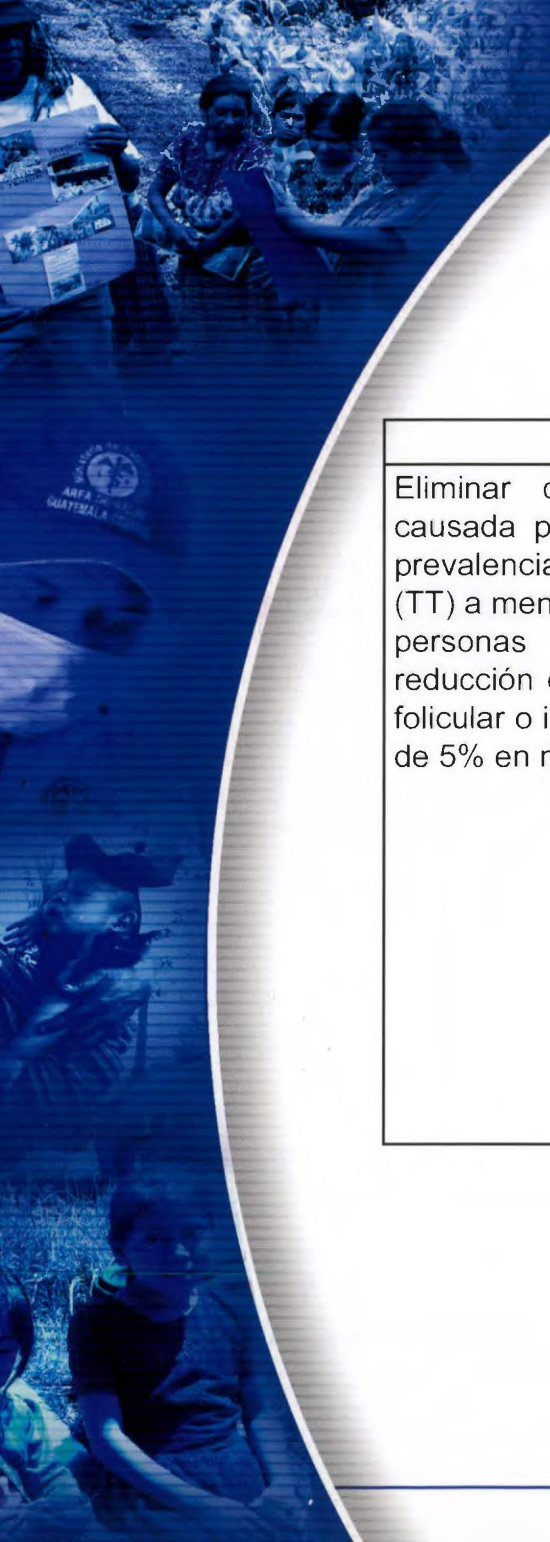
se recomienda administrar masivamente antibióticos en las comunidades endémicas.

"F" (Facial Cleaness-Limpieza de Cara): realizar campañas de información comunicación y educación para promover la limpieza facial en las comunidades endémicas.


"E" (Enviroment - Medio Ambiente):

mejorar las condiciones medio ambientales (acceso a saneamiento mejorado y agua segura) de las comunidades endémicas.





Objetivo	Estrategia
<p>Eliminar casos nuevos de ceguera causada por tracoma: reducción de la prevalencia de triquiasis tracomatosa (TT) a menos de 1 caso por cada 1.000 personas (población general) y reducción de la prevalencia de tracoma folicular o inflamatoria (TF y TI) a menos de 5% en niños de 1-9años de edad.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Fortalecer la vigilancia epidemiológica de tracoma a nivel nacional.• Diagnosticar y tratar a las personas en riesgo de ceguera por tracoma en función de la situación epidemiológica y la necesidad o no de implementar la estrategia SAFE.• Participación comunitaria y movilización social a través de campañas de información educación y comunicación en población en riesgo de tracoma.• Promover el abordaje inter-programático e intersectorial para acelerar el proceso hacia la eliminación de tracoma.• Monitoreo y evaluación de las acciones implementadas para asegurar la calidad de las intervenciones programadas.• Promover la investigación para obtener datos probatorios hacia la eliminación del tracoma.



**Plan estratégico integrado
para la prevención, atención,
control y eliminación de
Enfermedades Infecciosas
Desatendidas (EID)**



Justificación:

Es necesario un plan que permita mejorar la prevención, control y eliminación de EID desde la perspectiva de la salud pública y de forma integrada, interprogramática e intersectorial.

Por lo tanto, se requiere involucrar a varias organizaciones tanto gubernamentales como no gubernamentales, entidades privadas y la sociedad civil.

Finalidad:

Mejorar y asegurar una mejor calidad de vida y de salud a toda la población guatemalteca vulnerable a las EID.

Propósito:

Aunar esfuerzos entre los programas de salud pública que tienen a su cargo las EID con estrategias e iniciativas intersectoriales.

Resultados Esperados:

1. Planes desarrollados integralmente en las áreas de salud.
2. Rondas de administración masiva de medicamentos (AMM) para geohelmintos y tracoma son implementadas de forma integrada en la población afectada.
3. Actualización de normas y protocolos de cada programa de Enfermedades Infecciosas Desatendidas.
4. Sistema de información integrado para el uso y verificación de datos.
5. Personal capacitado en vigilancia epidemiológica integral y de laboratorio
6. Investigaciones operativas realizadas.
7. Control y eliminación de EID.

Estrategias:

Coordinación con políticas nacionales y el Plan Hambre Cero:

Se estima que la mitad de las niñas y niños desnutridos crónicos de Centroamérica está en Guatemala. La tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años es del 49,8%, la más alta en América Latina y el Caribe. Esta tasa es aún mayor en áreas de población indígena, especialmente en el occidente del país donde alcanza hasta el 90%. Para el año 2011, el Índice Global del Hambre para Guatemala fue 14 (el más alto de Centroamérica).

En América Latina y el Caribe, Guatemala ocupa el primer lugar en prevalencia de desnutrición crónica en la niñez menor de 5 años. La desnutrición tiene una relación directa con más de la mitad de muertes de niños/as menores de 5 años que ocurren cada año en los países en desarrollo.

El Plan Hambre Cero se fundamenta en que todas las personas deben tener acceso diario y de forma digna a alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales básicas.

Este plan, tiene como estrategia la participación articulada de todos los sectores de la sociedad, en la lucha contra el hambre y la desnutrición, basándose en determinantes sociales similares a los de las EID, lo que propicia las intervenciones de forma conjunta. Las políticas contenidas dentro del plan del Pacto Hambre Cero tienen presupuesto propio (ver más adelante).

El propósito del plan del Pacto Hambre Cero conlleva:

1. Disminuir en un 10% la prevalencia de desnutrición crónica en la niñez menor de cinco años.
2. Evitar y reducir las muertes por desnutrición aguda mediante acciones de prevención de la desnutrición y la atención en salud de los niños y niñas menores de cinco años, mujeres embarazadas y madres lactantes.
3. Enfrentar la pobreza y promover el desarrollo que lleve a su erradicación reconociendo que en Guatemala la pobreza y la exclusión tienen fundamentalmente rostro rural, indígena y de mujer (18).

Los principios rectores y estratégicos son:

1. Proyecto político constitucional: hacia un estado de derecho con responsabilidades públicas, derechos y libertades ciudadanas y compromisos compartidos.
2. Los derechos humanos y la construcción de una sociedad sin violencia, exclusión, discriminación y marginación

3. La democracia, como marco de la acción política y la gestión pública.
4. Desarrollo económico, competitividad y generación de empleo.
5. Estabilidad macroeconómica y balance fiscal.
6. Gestión por resultados, hacia un nuevo diseño de la institucionalidad pública.
7. Transparencia de la gestión pública, rendición de cuentas y auditoría ciudadana.

Orientaciones estratégicas del Plan Hambre Cero: uno de los pilares en el abordaje de este plan corresponde a niñez saludable (atención a las enfermedades prevalentes de la infancia, reducción de la desnutrición aguda y crónica en la niñez, aumento de la cobertura de vacunación, reducción de la mortalidad infantil), a través de la tasa de incidencia de enfermedades específicas (diarrea, Infecciones Respiratorias Agudas, neumonías y bronconeumonías, desnutrición en población infantil)



Líneas operativas del plan hambre cero son:

- Provisión de servicios básicos de nutrición y salud.
- Promoción de lactancia materna y alimentación complementaria.
- Educación alimentaria y nutricional.
- Alimentos fortificados.
- Mejoramiento de los ingresos y la economía familiar.
- Agua, saneamiento y vivienda saludable.
- Gobernanza local en SAN.



Fuente: Pacto Hambre Cero

Desarrollo e implementación de planes estratégicos integrales EID en las áreas de salud y departamentos:

- Mediante gestión intersectorial e inter programática.
- Considerar los determinantes de EID tales como: factores medioambientales, socioeconómicos, culturales, políticos, institucionales, productivos y biomédicos para que puedan ser abordados integralmente mediante estrategias, programas y proyectos del plan del Pacto Hambre Cero conjuntamente con planes locales EID u otras iniciativas intersectoriales diferentes al Pacto Hambre Cero.
- Fortalecer el reporte de caso de EID al sistema de información.
- Continuar con la información, educación y comunicación en lo que respecta a las EID.
- Propiciar la gestión intersectorial e inter programática con participación de los gobiernos municipales y la comunidad propiciando el enfoque intercultural y de género en las intervenciones.
- Supervisar y monitorear los procesos establecidos por el comité de desatendidas del MSPAS
- Fortalecer la provisión de servicios desde los primeros niveles de atención.

El comité nacional para atender el tema de EID coordinará con otros programas del MSPAS y otros Ministerios (ME, MDS, MARN, MAGA, MINFIN). Es de suma importancia tomar en cuenta a representantes de la sociedad civil y las comunidades.

Supervisión y monitoreo continuo: un equipo multidisciplinario de supervisión y monitoreo estará encargado del seguimiento en las áreas de salud.

El objetivo es propiciar las acciones de integración en las áreas y de los resultados de la implementación del plan.



**PLAN
PAC
HAMBRE
CERO
GUATEMALA**

Propuesta de articulación del plan EID con el Plan Hambre Cero



**PLAN
PAC
HAMBRE
CERO**



Propuesta de articulación del plan EID con el Plan Hambre Cero

Plan estratégico integrado para la prevención, atención, control y eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas en Guatemala
Identificación de resultados estratégicos intersectoriales del Pacto Hambre Cero articulados contra determinantes de EID.
Guatemala 2013

Resultado estratégico	Organismo o sector	Descripción de producto o actividad	Monto en quetzales 2013
Disminución de la desnutrición crónica	MSPAS	Desparasitación de 2 a 5 años.	Q. 2,121,982.26
		Vigilancia de agua para consumo humano y uso recreativo.	Q. 2,998.919
	MARNR	Protección de fuentes de agua	Q. 1,304.562
Aumento del consumo proteico calórico en familias	Ministerio de Educación	Niños y niñas atendidos en escuelas saludables	Q. 34,192.676
Aumento de ingresos familiares*	MAGA	Grupos de productores apoyados para que mejoren sus actividades económicas y sociales en beneficio del desarrollo rural	Q. 37,780.000
		Productores apoyados con actividades relacionadas a la utilización adecuada de los recursos naturales y fomento del agroturismo	Q. 4,077.868
Total			Q. 82,476,007.26

*Las EID son consideradas infecciones relacionadas con la pobreza.

Fuente: elaboración a partir del Sistema Integrado de Contabilidad Gubernamental, ejercicio 2013.

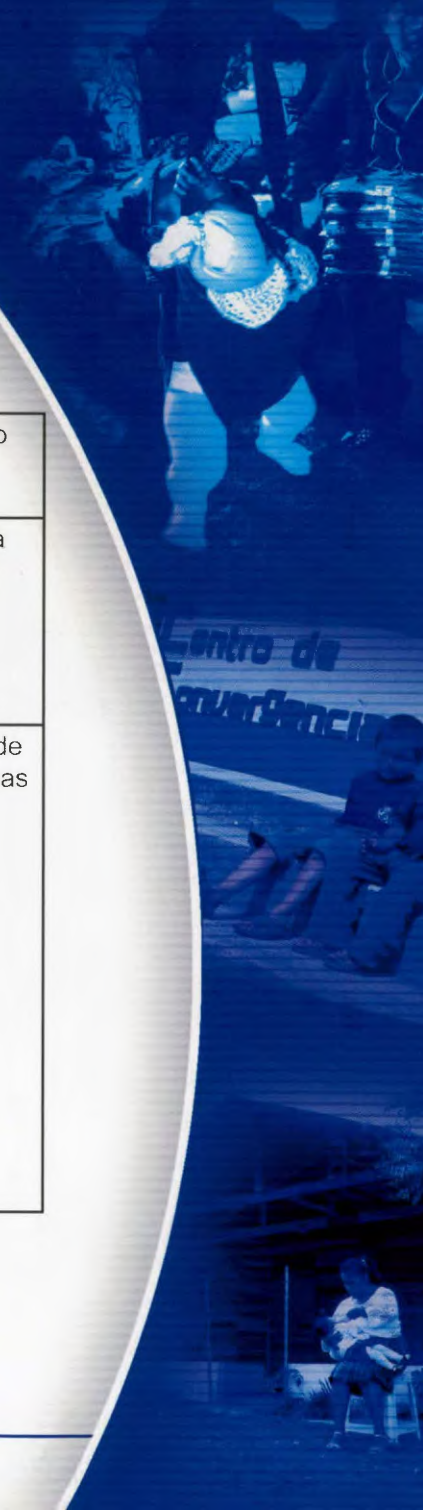


Marco programático del Plan EID del MSPAS y resumen presupuestario



Enfermedad de Chagas

Estrategia	Actividad	Indicadores	Financiamiento		Áreas de Trabajo	Resultado esperado
			MSPAS	Otros		
Coordinación inter programática e intersectorial	Capacitaciones integradas con el programa de geohelmintiasis	Número de personal capacitado	Q 20,000	Q 150,000	Huehuetenango, Quiché, Chiquimula, Alta Verapaz, Baja Verapaz, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa, El progreso y Zacapa	Personal polivalente a nivel local capacitado
Mantener y fortalecer la vigilancia epidemiológica y el control entomológico de acuerdo al perfil epidemiológico	Vigilancia pasiva fortalecida para <i>R. prolixus</i> y <i>T. dimidiata</i> de acuerdo a la guía	El 100% de vigilancia entomológica pasiva establecida en las áreas que han tenido historial de <i>R. prolixus</i> Disminuir el índice de infestación de las localidades positivas para <i>T. dimidiata</i> en función del riesgo	Q 50,000	Q150,000	Huehuetenango, Quiché, Chiquimula, Alta Verapaz, Baja Verapaz, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa, El progreso y Zacapa	Índice de infestación de las localidades positivas para <i>T. dimidiata</i> disminuido



Estrategia	Actividad	Indicadores	Financiamiento		Áreas de Trabajo	Resultado esperado
			MSPAS	Otros		
Movilización Social (Campaña de información, educación, comunicación (IEC))	Celebración del día internacional de la Enfermedad de Chagas (9 de Julio), y distribución de material educativo, en Coordinación con PROEDUSA	No. de municipios que celebran el día internacional de Chagas/ Comunidades en riesgo X100.	Q12,000	Q20,000	Huehuetenango, Quiché, Chiquimula, Alta Verapaz, Baja Verapaz, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa, El progreso y Zacapa	Comunidades informadas de la magnitud de la Enfermedad de Chagas y acciones tomadas, como Estilo de Vida Saludables.
Diagnosticar y tratar precozmente los casos agudos y crónicos para asegurar el tratamiento inmediato	Sociabilizar la nueva norma de atención para tratar a los pacientes agudos y crónicas	Número de personas capacitadas Numero de normas distribuidas	Q 25,000	Q 80,000	Huehuetenango, Quiché, Chiquimula, Alta Verapaz, Baja Verapaz, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa, El progreso y Zacapa	Pacientes agudos y crónicos tratados de acuerdo a la norma actual
Monitoreo y evaluación de las acciones implementadas para asegurar la calidad de las intervenciones	Asistencia técnica con el objeto de verificar de la aplicación de las normas de atención y protocolos	Número de áreas de salud con asistencia técnica	Q 20,000	Q 50,000	Huehuetenango, Quiché, Chiquimula, Alta Verapaz, Baja Verapaz, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa, El progreso y Zacapa	Áreas priorizadas asistidas técnicamente
Promover la investigación y publicar la evidencia	Generar y compilar información de la investigación en Jutiapa	Informe final de la investigación	Q 20,000	Q200,000	Huehuetenango, Quiché, Chiquimula, Alta Verapaz, Baja Verapaz, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa, El progreso y Zacapa	Resultados de la investigación disponibles

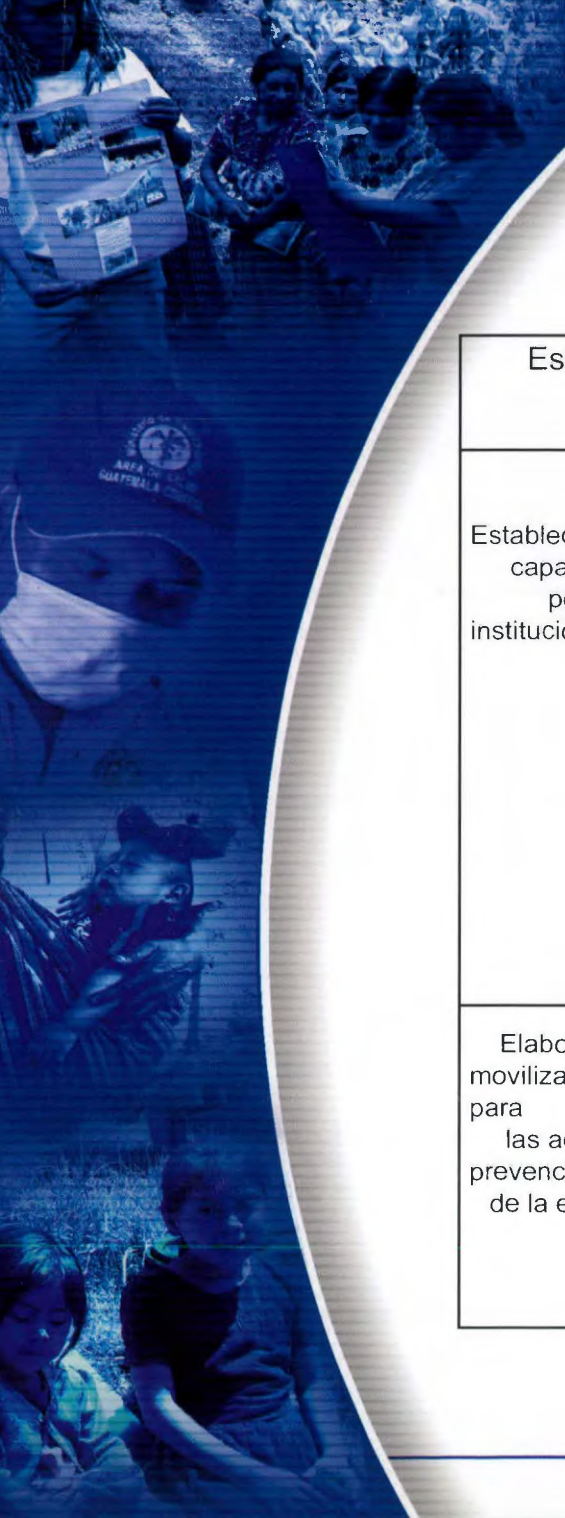


Geohelminthiasis

Estrategia	Actividad	Indicadores	Financiamiento		Áreas de trabajo	Resultado esperado
			MSPAS	Otros		
Diseñar e implementar un estudio para medir la prevalencia en niños en edad escolar	Elaboración de un protocolo para realizar el muestreo, tener la aprobación de los comités de ética nacional y de OPS Realizar el entrenamiento en el toma y diagnóstico de las muestras	Número niños con diagnóstico de las geohelmin-tiasis (prevalencia e intensidad de infección)	Q267,600		En 19 municipios seleccionados en los siguientes departamentos : Sololá, Huehuetenango Alta Verapaz Chiquimula Peten, San Marcos El Quiche.	Un informe de los resultados del estudio
Planificar y ejecutar la administración masiva de antiparasitarios en niños en edad escolar dependiendo de la situación epidemiológica	Salud del país Realizar la compra de antiparasitario a nivel de áreas de salud y solicitud donación si fuera necesario	Número de niños desparasitados	Q 300,000		En 19 municipios seleccionados en los siguientes departamentos Sololá, Huehuetenango Alta Verapaz Chiquimula Peten San Marcos El Quiche	1 informe de la desparasitación desarrollada
Implementar métodos de prevención y educación para la población en general y proveedores de los servicios de salud	Realizar líneas de base para obtener la precepción de diferentes grupos meta. Elaboración e impresión del material educativo para la población general y proveedores de los servicios de salud Diseminación de la prevención de las geohelmin-tiasis	Número de personas concientizadas	Q. 600,000		En todos los departamentos y áreas del país.	Materiales educativos impresos
Realizar Monitoreos y evaluaciones	Capacitación al personal en la aplicación de los instrumentos de procesos, impacto y otros	Número de personas capacitadas en la aplicación de los instrumentos	Q 500,000		En los 19 municipios priorizados	Informes elaborados.



Leishmaniasis



Estrategia	Actividad	Indicadores	Financiamiento		Áreas	Resultado esperado
			MSPAS	Otros		
Establecer un plan de capacitación al personal institucional de salud.	Capacitar al personal institucional de salud en acciones de prevención, vigilancia, atención y control de las leishmaniasis.	Porcentaje de personal institucional capacitado en normas de vigilancia, atención y control de las leishmaniasis.	Q.420,000	Q.410,000	Alta Verapaz: Cobán, Chisec, Fray Bartolome de la Casas, San Fernando Chahal, Santa Maria Cahabon, San Pedro Carchá, Raxuha, Tactic, San Cristobal, Chamelco, Campur. Petén Norte: Flores, San Benito, Melchor, San José, San Andrés, San Francisco. Petén Suroriente: San Luis, Chacté, Poptún, Dolores, Santa Ana, El Chal. Petén Suroccidente: La Libertad, Sayaxché, Las Cruces, El Naranjo. Huehuetenango: Barillas, Jacaltenango, San Mateo Ixtatán, Santa Barbara. Baja Verapaz: Cubulco, Purulha, Rabinal, Salama, San Jeronimo. Izabal: El Estor, Livingston, Puerto Barrios, Morales, Los Amates, Frontera Río Dulce, Navajoa. Quiché: Ixcán, Ixil, Quiché.	Equipos de áreas de salud capacitados y actualizados en normas de vigilancia, prevención, atención y control de la leishmaniasis
				Q. 418,000		

Estrategia	Actividad	Indicadores	Financiamiento		Áreas	Resultado esperado
			MSPAS	Otros		
Fortalecer las acciones de vigilancia y control de las leishmaniasis: Incluye esa estrategia en el cuadro abajo	Mejoramiento del sistema y la calidad de la información de leishmaniasis. Implementación de análisis espaciales, epidemiológicas, operacionales y establecer criterios para estratificación de riesgo.	Cantidad de áreas de salud que dispongan de sistema de información confiable y actualizado. Informe epidemiológicos de leishmaniasis cada año		Q. 5,000	Chiquimula: Camotán, Jototán. Zacapa: Río Hondo, Estanzuela. El Progreso: San Agustín Acasaguastlán.	80% de las áreas de salud con sistema de información de leishmaniasis actualizado y con datos confiables. Informe epidemiológico con análisis espaciales, epidemiológicas, operacionales realizadas. Criterios para identificación de riesgo definidos y socializados.
Supervisar, monitorear y evaluar los servicios de salud	Implementación de un plan de supervisión y monitoreo periódico de los servicios de salud para evaluar su capacidad de proporcionar un diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno.	Cantidad de áreas de salud supervisadas y monitoreadas.		Q. 165.000		Plan de monitoreo realizado e implementado.





Estrategia	Actividad	Indicadores	Financiamiento		Áreas	Resultado esperado
			MSPAS	Otros		
Diagnóstico y tratamiento oportunos	Captación de casos sospechosos por medio de búsqueda activa.	Cantidad de comunidades en que se ha hecho búsqueda activa de casos		Q360,000		Pacientes captados con diagnóstico confirmado
	Fortalecimiento de la red de laboratorios.	Porcentaje de laboratorios con recursos y personal capacitado.				80% de unidades de laboratorio abastecidas y capacitadas para realizar el diagnóstico en las áreas priorizadas.
	Implementación de pruebas rápidas para diagnóstico de leishmaniasis visceral.	Porcentaje de áreas de salud endémicas que cuentan con pruebas rápidas.		Q.125,000		100% de las áreas de salud endémicas con pruebas rápidas disponibles
	Administración de tratamiento a casos confirmados.	Porcentaje de pacientes con leishmaniasis que inician su esquema de tratamiento en los primeros 7 días luego de diagnosticados.		Q.1,000.000		100% de los pacientes diagnosticados que inician tratamiento en un lapso de tiempo no mayor a 7 días luego de establecido el caso, de acuerdo normas.

Estrategia	Actividad	Indicadores	Financiamiento		Áreas	Resultado esperado
			MSPAS	Otros		
Diagnóstico y tratamiento oportunos	Conocer el grado de respuesta terapéutica y efectos colaterales.	Porcentaje de pacientes evaluados en la cohorte de tratamiento.				90% de Pacientes evaluados con tratamiento supervisado.
Establecer e implementar medidas para prevención, vigilancia y control vectorial	Implementación y manejo integrado de vectores en localidades con leishmaniasis visceral. Realizar vigilancia entomológica en localidades con brotes de LC para identificar posible transmisión intra-domiciliar	Porcentaje de localidades con leishmaniasis visceral que implementarán el manejo integrado de vectores Porcentaje de localidades con brotes de LC que realizaran vigilancia entomológica		Q720,000		80% de localidades con leishmaniasis visceral que implementarán el manejo integrado de vectores de localidades con brotes de LC que realizaran vigilancia entomológica.





Lepra

Estrategia	Actividad	Indicadores	Financiamiento		Áreas de Trabajo	Resultado esperado
			MSPAS	Otros		
Detección temprana de casos y tratamiento con poliquimioterapia a 100% de los pacientes.	Búsqueda activa y pasiva de casos con participación comunitaria en zonas priorizadas. Coordinación con Inderma y OPS/OMS para seguimiento de casos y tratamientos	100% de casos detectados son diagnosticados y tratados.	Q200,000	Q90,000	Todo el país, principalmente en la zona costera de los departamentos priorizados (Zacapa, Santa Rosa, Jutiapa, El Progreso y Chiquimula)	El MSPAS en coordinación con Inderma y OPS detecta y trata al 100% de los casos registrados en el país.
Capacitación al personal de salud del programa y laboratorio en la detección del agente etiológico.	5 cursos de capacitación al personal del Programa y LNS en técnicas diagnósticas (bacteriológicas, serológica y biología molecular)	100% del personal responsable del diagnóstico laboratorio capacitado en la detección del agente etiológico.	Q80,000		Personal del nivel Central (LNS y Programas)	Personal de Salud involucrado en el diagnóstico de Lepra capacitado.
Equipamiento de laboratorio para el diagnóstico.	Inventario de la capacidad diagnóstica de lepra. Compra de material y equipo necesario para el diagnóstico	LNS equipado para el diagnóstico de lepra a nivel nacional	Q250,000	Q25,000	Instalaciones del LNS	LNS equipado para el diagnóstico de lepra.
Participación comunitaria a través de los promotores de salud para la detección de lepra y sus discapacidades	Capacitación continua de los promotores en salud en la detección de lepra y diagnóstico diferencial. Fortalecimiento de la red comunitaria en el diagnóstico de la enfermedad. Campaña de IEC, enfocado en la detección y diagnóstico de la lepra.	100% de los promotores de salud en zonas priorizadas tienen capacidad de detección de lepra en sus diferentes formas.	Q200,000		Todo el país, principalmente en la zona costera de los departamentos priorizados (Zacapa, Santa Rosa, Jutiapa, El Progreso y Chiquimula)	
Monitoreo y Evaluación	Elaboración de Instrumentos para la detección, diagnóstico y tratamiento. Visitas mensuales a las Áreas priorizadas. Elaboración de un boletín semestral sobre la situación de lepra en el país.	2 informes semestrales sobre la situación de lepra en Guatemala.	Q200,000	Q50,000	Todo el país, principalmente en la zona costera de los departamentos priorizados (Zacapa, Santa Rosa, Jutiapa, El Progreso y Chiquimula)	Sistema de Información de lepra del país fortalecido.
Total			Q930,000	Q165,000		



Oncocercosis

Estrategia	Actividad	Indicadores	Financiamiento		Áreas de Trabajo	Resultado Esperado
			MSPAS	Otros		
Coordinación intersectorial e interprogramática	Coordinar con el subprograma de geohelminthiasis la desparasitación en las áreas anteriormente endémicas de Oncocercosis	Cobertura de desparasitación de al menos el 75% en la población a riesgo de las comunidades priorizadas	Q14,000	Q.30,000	Sololá: Santiago Atitlán y San Lucas Tolimán Huehuetenango: Cuilco	El subprograma de geohelminthiasis proveerá asistencia continuada de desparasitación a las comunidades anteriormente tratadas por el subprograma de oncocercosis
Actualizar la vigilancia al periodo post-tratamiento ante una eventual recrudescencia	Socialización del protocolo de Vigilancia Epidemiológica actualizado al período VEPT (2012-2014) con CNE	Protocolo de VEPT socializado	Q.30,000	Q.50,000	Sololá: Santiago Atitlán y San Lucas Tolimán Chimaltenango : Acatenango, San Pedro Yepocapa; San Miguel Pochuta Suchitepéquez: Chicacao, San Miguel Panam, San Juan Bautista Santa Bárbara y Patulul	Implementación del Protocolo de Vigilancia Epidemiológica, de acuerdo a la situación actual de la enfermedad (VEPT) en el foco central
Monitoreo y evaluación de las actividades Vigilancia Epidemiológica Post tratamiento en el Foco Central	Verificar que los equipos de salud del foco central estén realizando actividades VEPT en 9 municipios con sus 320 comunidades en riesgo	Evaluar el cumplimiento de las acciones del Protocolo en el Primero y Segundo nivel de atención	Q. 10,000	Q.60,000	Sololá: Santiago Atitlán y San Lucas Tolimán, Chimaltenango : Acatenango, San Pedro Yepocapa; San Miguel Pochuta Suchitepéquez: Chicacao, San Miguel Panam, San Juan Bautista Santa Bárbara y Patulul	320 comunidades con acciones del protocolo VEPT implementadas.

Estrategia	Actividad	Indicadores	Financiamiento		Áreas de Trabajo	Resultado Esperado
			MSPAS	Otros		
Fomentar la participación comunitaria y la movilización social para mantener el logro de la eliminación de la oncocercosis.	Llevar a cabo actividades de IEC: Encuentro de Comparsas, Teatro Popular, Exposición Materiales Educativos, en Coordinación con PROEDUSA en el foco central.	Número de personal institucional y voluntarios que participan en campañas IEC. Cantidad de material utilizado para las actividades de IEC.	Q21,000	Q.100,000	Sololá: Santiago Atitlán y San Lucas Tolimán Chimaltenango : Acatenango, San Pedro Yepocapa: San Miguel Pochuta Suchitepéquez: Chicacao, San Miguel Panam, San Juan Bautista Santa Bárbara y Patulul.	Comunidades informadas e involucradas en la VEPT de Oncocercosis.
Generar la evidencia científica de la eliminación de la oncocercosis	Generar un informe de país donde se compile la información que evidencie la eliminación de la oncocercosis	Solicitud realizada a OPS/OMS de la verificación de la eliminación de la oncocercosis	Q10,000	Q 40,000	Sololá: Santiago Atitlán y San Lucas Tolimán Chimaltenango : Acatenango, San Pedro Yepocapa; San Miguel Pochuta Suchitepéquez: Chicacao, San Miguel Panam, San Juan Bautista Santa Bárbara y Patulul Santa Rosa: Taxisco, Pueblo Nuevo Viñas, Barberena, Chiquimulilla Escuintla: San Vicente Pacaya, Palin, Guanagazapa, Escuintla, Santa Lucía y Siquinalá Guatemala: Villa Canales Huehuetenango: Cuilco	Verificación oficial de OPS/OMS de la eliminación de la oncocercosis en Guatemala





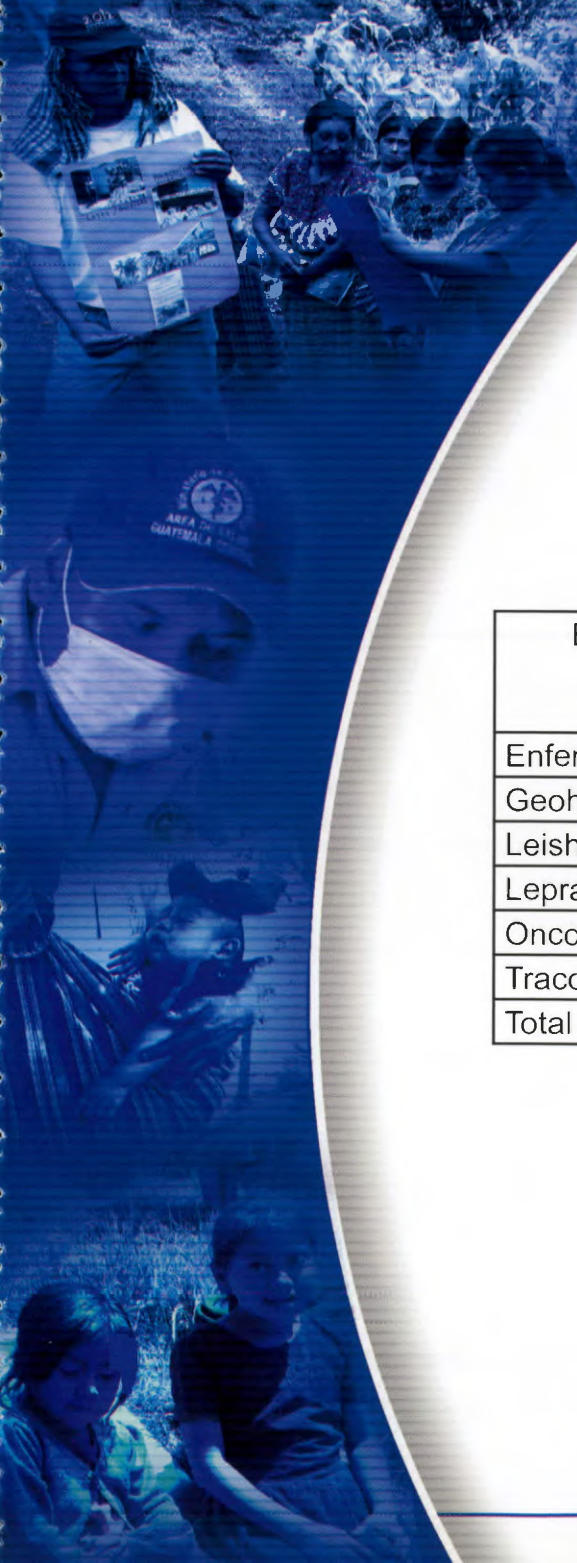
Tracoma

Estrategia	Actividad	Indicadores	Financiamiento		Áreas de Trabajo	Resultado Esperado
			MSPAS	Otros		
Elaborar el Plan de eliminación de ceguera por tracoma	a. Elaboración del protocolo de investigación para el control y eliminación de tracoma en el país b. Promover con las autoridades ministeriales locales, la ejecución de la norma de tracoma. c. Actualización de las normas y guías d.Coordinación con la cooperación internacional y otras instituciones	Prevalencia de tracoma en el país	Q30,000	Q300,000	Todo el país con prioridad en los departamentos de Sololá, Alta Verapaz, Huehuetenango, San Marcos.	Informe sobre la prevalencia de tracoma en el país.
Implementar la estrategia SAFE en el marco del Plan Hambre Cero	a. Capacitaciones en el diagnóstico y tratamiento con Azitromicina (donativo) y tetraciclina oftálmica en el 100% de la población en riesgo. b. Tratamiento quirúrgico de la TT. c.Capacitación en manejo ambulatorio post quirúrgico. d. Implementación de las reglas de oro en las áreas priorizadas. e.Capacitación en la prevención, higiene personal y medio ambiente, diagnóstico y tratamiento con Azitromicina y tetraciclina oftálmica en las áreas priorizadas.	a. 100% del personal de salud capacitado de las áreas priorizadas. b. 100% de los pacientes con TT intervenidos quirúrgicamente. c. ... d. 100% de las escuelas en las áreas priorizadas con implementación de las reglas. e. Capacitados 100% del personal de salud en las áreas priorizadas	a.Q 30,000 b.Q 60,000 c.Q30,000 d.Q20,000 e.Q 15,000	a. Q. 50,000 b. Q. 100,000 c. Q. 20,000 d. Q. ----- e. Q. 80,000	a. San Marcos, Huehuetenango, Sololá, Alta Verapaz b. ... c. ... d. ... e. Áreas priorizadas	a. Eliminación de tracoma como causa de ceguera en el país b. Intervenir al 100% de los pacientes con TT c. ... d. Informe de implementación de reglas
Monitoreo de las Actividades de Vigilancia Epidemiológica post tratamiento.	a.Implementar de vigilancia y control de tracoma en las áreas priorizadas b.Monitoreo de las acciones para la eliminación de tracoma en el país	a. Verificar el cumplimiento de los resultados de las acciones de monitoreo. y evaluación.	Q360,000	Q30,000	Áreas priorizadas	Protocolo para el estudio de la eliminación de tracoma en el país.

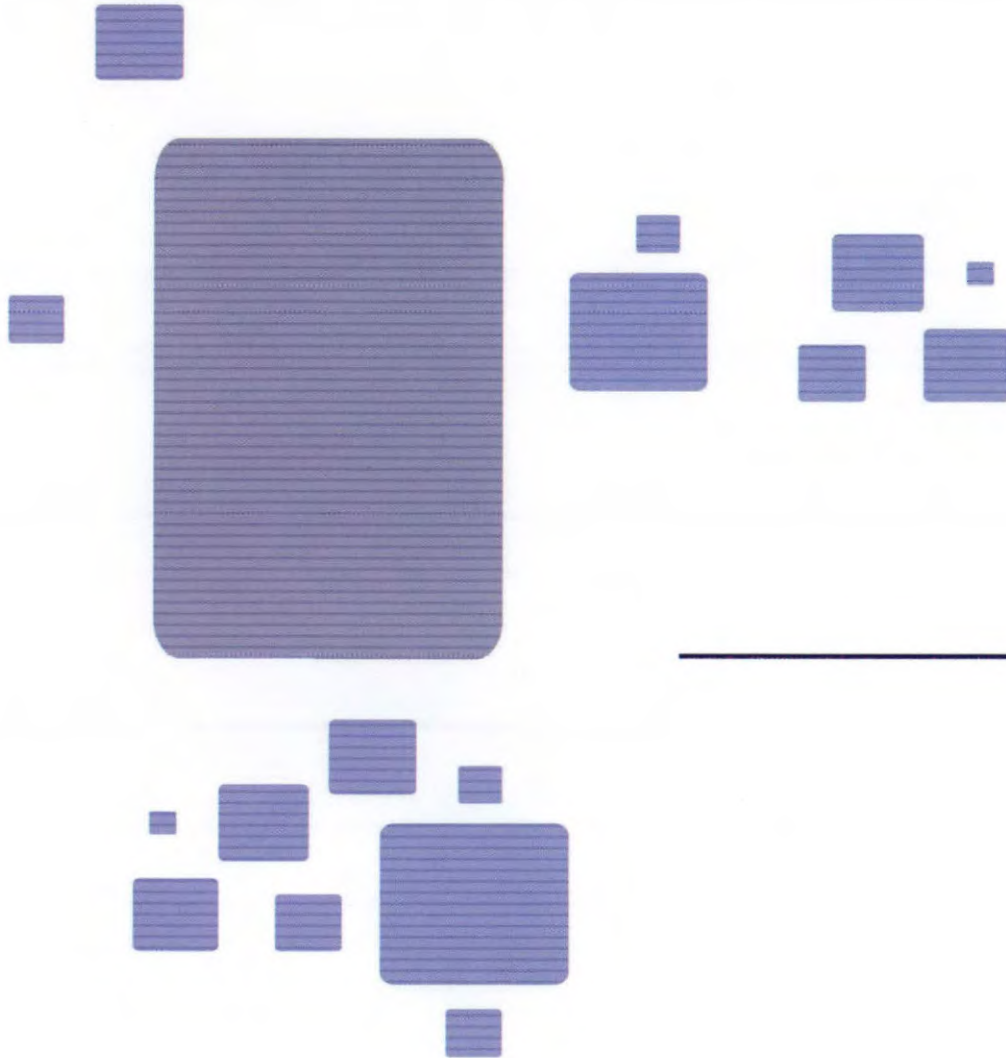




Resumen presupuestario del MSPAS del Plan EID 2013-2015



EID: Programa/subprograma	Financiamiento (quetzales)		Total (quetzales)
	MSPAS	Otros	
Enfermedad de Chagas	Q. 147,000.00	Q. 650,000.00	Q. 212,000.00
Geohelmintiasis	Q. 1,667,600.00	Q. -----	Q. 1,667,600.00
Leishmaniasis	Q. 420,000.00	Q. 3,203,000.00	Q. 3,623,000.00
Lepra	Q. 930,000.00	Q. 165,000.00	Q. 1,095,000.00
Oncocercosis	Q. 85,000.00	Q. 280,000.00	Q. 365,000.00
Tracoma	Q. 221,000.00	Q. 580,000.00	Q. 801,000.00
Total (quetzales)	Q. 3,051,020.00	Q. 4,878,000.00	Q. 7,929,020.00



Integración Estratégica



Integración de las EID por programas

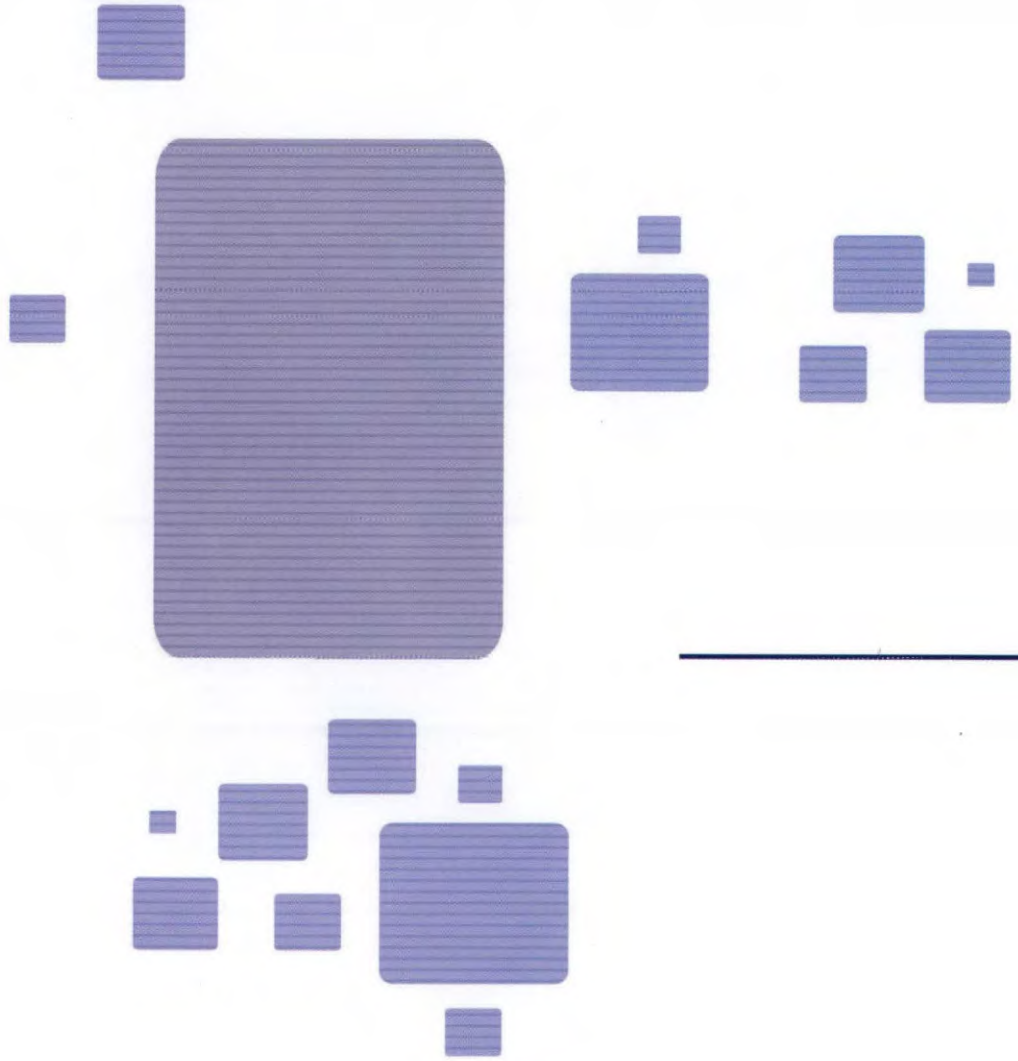
Líneas Estratégicas de Acción	Leishmaniasis	Oncocercosis	Chagas	Geohelmintiasis	Lepra	Tracoma
Coordinación interprogramático e intersectorial	Interacción Acciones con el punto focal de lepra y programa de ETAs (Geohelmintiasis). Contrapartes MSPAS, SIAS, CNE, LNS y Programas INDERMA, Cooperación Internacional (Fundación Damián, OPS y otros). Todos deben estar alineados ONG, agencias de UN etc.	Interacción Acciones con el Programa ETAA (geohelmintiasis) Contrapartes MSPAS, SIAS, CNE, LNS y Programas Cooperación Internacional OEPA y OPS/OMS), ONG's y poderes locales, en la vigilancia postratamiento y movilización social	Interacción Acciones con el subprograma, Leishmaniasis y programa de ETAA (geohelmintiasis) Contrapartes MSPAS, SIAS, CNE, LNS y Programas Viceministerio de Hospitales y Cooperación Internacional (JICA y OPS) en medidas de control del vector, tamizaje, desparasitantes y tratamiento	Interacción Acciones con los subprogramas de oncocercosis, leishmaniasis, tracoma, chagas y punto focal de lepra. Contrapartes MSPAS, SIAS, CNE, LNS y Programas, Ministerio de educación, Municipios, ONGs y OPS. En medida de desparasitación.	Interacción Acciones con sub programa de leishmaniasis y programa de ETAs (geohelmintos) Contrapartes MSPAS, SIAS, CNE, LNS y Programas , Sub Programa de Leishmaniasis y Geohelmintiasis y Cooperación Internacional (OPS), en las acciones de diagnóstico, tratamiento, movilización social y desparasitación.	Interacción Acciones con el subprograma de y programa de ETAs (geohelmintos) Contrapartes MSPAS, SIAS, CNE, LNS y Programas Unidad nacional de oftalmología, subprogramas de oncocercosis y geohelmintos ITI y OPS/OMS
<p>Reuniones de coordinación y programación de actividades entre los diferentes</p>						

Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la EID	<p>Aplicación de protocolos de vigilancia Epidemiológica existentes a nivel local y realización de reportes de notificación de las EID</p> <p>Elaboración de boletín semestral por el equipo de EID</p>
Movilización Social con enfoque de género e interculturalidad	<p>Involucrar a la comunidad en la prevención de las EID.</p> <p>El personal de salud y poderes locales realicen mensajes de prevención contra estas enfermedades en poblaciones vulnerables</p>
Fortalecimiento de los Servicios de salud en diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las EID	<p>Aplicación de la normas de atención por cada EID</p> <p>Capacitación al personal técnico en vigilancia y control de las EID</p> <p>Cooperación y monitoreo tutorial a nivel local</p>
Supervisión, Monitoreo y Evaluación de las acciones	<p>Integración conjunta de actividades coordinadas por el Viceministerio de atención primaria en salud.</p>



Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el desarrollo de planes integrales de acción para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas. Washington, D.C.OPS; 2011.
2. Iniciativa Latinoamericana contra las enfermedades desatendidas. Washington, D.C. : G NNTD; 2012
3. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida- ENCOVI. Guatemala: INE; 2011.
4. Guatemala. SEGEPLAN. Tercer informe de avances en el cumplimiento de los objetivos del desarrollo del milenio. Guatemala: SEGEPLAN; 2010.
5. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.OMS/OPS; 2012.
6. FUNDESA. Boletín uso de agua agosto. Guatemala. 2012.
7. Benavides J. Desempeño ambiental. Guatemala: FUNDESA; 2012.
8. FUNDESA. Índice de desarrollo humano. Guatemala: FUNDESA; 2011.
9. Sánchez A, Gatica M, Miranda A, Morales Z, Díaz S, Monroy C, et.al. Manual operativo de vigilancia y control entomológico de la enfermedad de Chagas. 2ª ed. Guatemala: MSPAS/DRPAP; 2012.
10. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Proyecto de control de la enfermedad de Chagas fase 2. Guatemala: MSPAS; 2012
11. Sorensen W, Capello M, Bell D, DiFedele L, Brown M. Poly-helminth infection in east Guatemalan school children. J Glob Infect Dis. 2011 Jan-Mar; 3(1): 25-31.
12. Durán E. Manual de procedimientos para la prevención y control de las Leishmaniasis. Guatemala: MSPAS/DRPAP; 2011.
13. INDERMA. Informe lepra en Guatemala 1998-2010. (en archivo) Guatemala: INDERMA; 2010.
14. Cruz-Ortiz N, Gonzalez R, Lindblade K, Richards F, Sauerbrey M, et al. Elimination of *Onchocerca volvulus* transmission in the Huehuetenango focus of Guatemala. J Parasitol Res. [en línea] 2012; [citado 29 Abr 2013] .
15. Gonzalez R, Cruz-Ortiz N, Rizzo N, Richards J, Zea-Flores G, Domínguez A. et al. Successful interruption of transmission of *Onchocerca volvulus* in the Escuintla-Guatemala focus, Guatemala. PLoS Negl Trop Dis. [en línea] 2009 [citado 29 Abr 2013] ; 3(3):e404. [Epub 2009 Mar 31]. 2012;
16. Lindblade K, Arana B, Zea-Flores G, Rizzo N, Porter C, Dominguez A,et al. Elimination of *Onchocercia volvulus* transmission in the Santa Rosa focus of Guatemala. Am J Trop Med Hyg. 2007; 77(2):334-41.
17. OEPA. Evolución epidemiológica y situación actual de la Oncocercosis en el foco central de Guatemala. Guatemala: OEPA; 2011.
18. Guatemala. Secretaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional. El Plan del pacto hambre cero, Guatemala. Guatemala: SESAN; 2012.



Anexos



Del plan del Pacto Hambre Cero y los productos intersectoriales contra determinantes EID se muestra la siguiente relación adaptada (2013) donde se destacan seis articulaciones con plan EID: desparasitación de 2 a 5 años, vigilancia de agua de consumo humano y con fines recreativos, protección de fuentes de agua, atención en escuelas saludables, grupos de productores apoyados para que mejoren sus actividades económicas y sociales en beneficio del desarrollo rural y productores apoyados con actividades relacionadas a la utilización adecuada de los recursos naturales y fomento del agroturismo.

Resultado estratégico	Organismo	Producto/Actividad*	Monto 2013 (en quetzales)
Reducir la desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años.	Ministerio de Desarrollo Social	Familias bono seguro.	Q697,546.132
		Coordinación.	
	MSPAS	Menores de 1 año vacunados.	
		1 a 5 años con refuerzos vacunas.	
		Cuidado infantil 1 a 5 años.	
		Monitoreo crecimiento hasta 5 años.	
		Suplementación con micronutrientes menores 5 años.	
		Suplementación micronutrientes MEF.	
		*Desparasitación de 2 a 5 años.	
		*Vigilancia de agua.	
		Manejo IRA < 5 años.	
		Manejo EDA < 5 años	
	MARN	*Protección fuentes de agua	





Resultado estratégico	Organismo	Producto/Actividad*	Monto 2013 (en quetzales)
Disminuir la mortalidad materna y neonatal en 10% del 2012 al 2015.	MSPAS	Atención prenatal	Q233,034.148
		Atención del parto institucional.	
		Atención del RN o neonato.	
Incrementar el consumo proteico calórico en las familias.	MDS	Coordinación.	Q1,374,391.331
		Familias pobreza extrema que reciben bolsa alimentos.	
		Raciones alimenticias a personas	
	ME	Escuelas saludables.	
		Alimentación preprimaria.	
		Alimentación primaria.	
	MAGA	Coordinación.	
		Personas reciben alimentos.	
		Familias reciben alimentos.	
		Familias reciben bolsa con harina.	
		Agricultores reciben insumos.	
		Agricultores usan silos mejorados.	
		Productores capacitados.	
Agricultores beneficiados.			
Grupos asistidos para producción.			

Resultado estratégico	Organismo	Producto/Actividad*	Monto 2013 (en quetzales)
Incrementar los ingresos familiares.		Coordinación.	Q.564,228.218
		Productores fortalecidos.	
		Productores capacitados.	
		Productores atendidos.	
		Grupos de productores apoyados para que mejoren sus actividades económicas y sociales en beneficio del desarrollo rural.	
		Grupos de productores apoyados en encadenamientos.	
		Productores Petén.	
		Productores apoyados en actividades relacionadas a la utilización adecuada de los recursos naturales y fomento del agroturismo.	
Total Pacto Hambre Cero			Q 2,869,199.829



