

2011

ELIMINACIÓN DEL TRACOMA EN LAS AMÉRICAS

Primera Reunión Regional de los Gerentes de Programas

Bogotá D.C., 23 – 25 de mayo de 2011



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Organizada por el Programa Regional de
Enfermedades Infecciosas Desatendidas y el
Programa Regional de Salud Visual y
Prevención de la Ceguera de la Organización
Panamericana de la Salud

Tabla de Contenido

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ACRÓNIMOS	1
RESUMEN EJECUTIVO.....	3
PALABRAS DE BIENVENIDA	6
SESIÓN 1. PANORAMA MUNDIAL, REGIONAL Y NACIONAL DEL TRACOMA.....	7
PANORAMA MUNDIAL DE LA ELIMINACIÓN DEL TRACOMA	7
PANORAMA DEL TRACOMA EN BRASIL: SITUACIÓN, AVANCES Y DESAFÍOS	17
PANORAMA DEL TRACOMA EN COLOMBIA: SITUACIÓN, AVANCES Y DESAFÍOS.....	23
PANORAMA DEL TRACOMA EN GUATEMALA: SITUACIÓN, AVANCES Y DESAFÍOS	30
PANORAMA DEL TRACOMA EN MÉXICO: SITUACIÓN, AVANCES Y DESAFÍOS	34
SESIÓN 2. MARCO GENERAL DE LA ESTRATEGIA SAFE Y EL DESARROLLO DE ENCUESTAS DE PREVALENCIA COMO INSUMO PARA LA TOMA DE DECISIONES	43
LA ESTRATEGIA SAFE: APROXIMACIÓN CONCEPTUAL.....	43
ENCUESTAS DE PREVALENCIA Y USO DE LA INFORMACIÓN PARA EL DESARROLLO DE PLANES: LA EXPERIENCIA DE BRASIL ..	46
ESTUDIO DE PREVALENCIA DE TRACOMA EN GUATEMALA, 2011.	52
SESIÓN 3. ANÁLISIS DE DEBILIDADES, OPORTUNIDADES, FORTALEZAS Y AMENAZAS ACERCA DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA SAFE EN LOS CUATRO PAÍSES	56
VAUPÉS – COLOMBIA:	56
<i>Análisis DOFA del componente “S” de la Estrategia SAFE.</i>	56
<i>Análisis DOFA del componente “A” de la Estrategia SAFE.</i>	57
<i>Análisis DOFA del componente “F” de la Estrategia SAFE.</i>	58
<i>Análisis DOFA del componente “E” de la Estrategia SAFE.</i>	59
MÉXICO:	60
<i>Análisis DOFA del componente “S” de la Estrategia SAFE.</i>	60
<i>Análisis DOFA del componente “A” de la Estrategia SAFE.</i>	61
<i>Análisis DOFA del componente “F” de la Estrategia SAFE.</i>	62
<i>Análisis DOFA del componente “E” de la Estrategia SAFE.</i>	62
BRASIL:	63
<i>Análisis DOFA del componente “S” de la Estrategia SAFE.</i>	63
<i>Análisis DOFA del componente “A” de la Estrategia SAFE.</i>	64
<i>Análisis DOFA del componente “F” de la Estrategia SAFE.</i>	65
<i>Análisis DOFA del componente “E” de la Estrategia SAFE.</i>	66
GUATEMALA:	67
<i>Análisis DOFA del componente “S” de la Estrategia SAFE.</i>	67
<i>Análisis DOFA del componente “A” de la Estrategia SAFE.</i>	68
<i>Análisis DOFA del componente “F” de la Estrategia SAFE.</i>	69
<i>Análisis DOFA del componente “E” de la Estrategia SAFE.</i>	70
SESIÓN 4: PLANES INTEGRADOS PARA LA ELIMINACIÓN DEL TRACOMA.....	71
SESIÓN 5: RUTA DE TRABAJO 2011-2015 PARA LA ELIMINACIÓN DEL TRACOMA.....	80
MÉXICO	80
GUATEMALA	80
COLOMBIA.....	81

BRASIL.....	81
PREGUNTAS FINALES.....	83
ANEXOS.....	85
Agenda	
Lista de participantes	
Documentos de apoyo compartidos	
Cartilla de Graduación de Tracoma	
Formulario de evaluación de tracoma/triquiasis (GUA)	
Resolve to eliminate blinding trachoma by 2020 – International Trachoma Initiative (USA)	
Tracoma, doença dos olhos (BRA)	
Um olhar sobre o tracoma (BRA)	

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Antecedentes del Tracoma en México.....	34
Cuadro 2. Análisis DOFA del componente “S” de la Estrategia SAFE en Vaupés, Colombia, 2011.....	56
Cuadro 3. Análisis DOFA del componente “A” de la Estrategia SAFE en Vaupés, Colombia, 2011.....	57
Cuadro 4. Análisis DOFA del componente “F” de la Estrategia SAFE en Vaupés, Colombia, 2011.....	58
Cuadro 5. Análisis DOFA del componente “E” de la Estrategia SAFE en Vaupés, Colombia, 2011.....	59
Cuadro 6. Análisis DOFA del componente “S” de la Estrategia SAFE en México, 2011.....	60
Cuadro 7. Análisis DOFA del componente “A” de la Estrategia SAFE en México, 2011.....	60
Cuadro 8. Análisis DOFA del componente “F” de la Estrategia SAFE en México, 2011.....	62
Cuadro 9. Análisis DOFA del componente “E” de la Estrategia SAFE en México, 2011.....	62
Cuadro 10. Análisis DOFA del componente “S” de la Estrategia SAFE en Brasil, 2011.....	63
Cuadro 11. Análisis DOFA del componente “A” de la Estrategia SAFE en Brasil, 2011.....	65
Cuadro 12. Análisis DOFA del componente “F” de la Estrategia SAFE en Brasil, 2011.....	65
Cuadro 13. Análisis DOFA del componente “E” de la Estrategia SAFE en Brasil, 2011.....	66
Cuadro 14. Análisis DOFA del componente “S” de la Estrategia SAFE en Guatemala, 2011.....	67
Cuadro 15. Análisis DOFA del componente “A” de la Estrategia SAFE en Guatemala, 2011.....	68
Cuadro 16. Análisis DOFA del componente “F” de la Estrategia SAFE en Guatemala, 2011.....	69
Cuadro 17. Análisis DOFA del componente “E” de la Estrategia SAFE en Guatemala, 2011.....	70

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Número de personas examinadas y casos positivos de tracoma en Brasil, 1986 hasta 1999.....	20
Gráfico 2. Número de personas examinadas y casos positivos de tracoma en Brasil, 2000 hasta 2009.....	20
Gráfico 3. Distribución de casos de tracoma, por comunidad, Vaupés, 2011.....	27
Gráfico 4. Incidencia de casos de tracoma en menores de 1 a 9 años, comunidades de San Joaquín y Santa Catalina, Vaupés, 2011.....	27
Gráfico 5. Formas clínicas de Tracoma en menores de 1 a 9 años, comunidades de San Joaquín y Santa Catalina, Vaupés, 2011.....	28
Gráfico 6. Distribución de casos de tracoma en menores de 1 a 9 años, por etnia, Vaupés, 2011.....	28
Gráfico 7. Tamizajes y hallazgos de tracoma en Guatemala, 1994 – 2001.....	31
Gráfico 8. Casos Nuevos de Tracoma por Municipio y por Fase Clínica, Chiapas, 2008 – 2010.....	37
Gráfico 9. Revisión oftalmológica en las escuelas de la zona endémica, Chiapas, 2010.....	39
Gráfico 10. Maestros capacitados, Talleres Tracoma, Chiapas, 2010.....	39

Índice de Ilustraciones:

Ilustración 1. Fotografías de casos para apoyo diagnóstico de Tracoma.....	7
Ilustración 2. Vivienda típica de las comunidades indígenas del Vaupés.....	24
Ilustración 3. Lesiones encontradas en la población rural en Vaupés, Colombia, 2011.....	25

Índice de Mapas

Mapa 1. Tracoma en África – 16 encuestas, 2011.....	8
---	---

Mapa 2. Tracoma en Asia y Pacífico Occidental – 14 endémicos, 2011.....	9
Mapa 3. Tracoma en Medio Oriente, 2011 (Algunos países han logrado sus metas. Irán, Omán, Arabia Saudita & Emiratos Irak y Yemen necesitan datos).....	9
Mapa 4. Tracoma en América Latina, 2011.....	11
Mapa 5. Tracoma en Chiapas, México, 2011.....	11
Mapa 6. Tracoma en Guatemala, 2011.....	12
Mapa 7. Tracoma en Brasil, 2011.....	12
Mapa 8. Tracoma en Colombia, 2010.....	13
Mapa 9. División política-administrativa de Brasil.....	17
Mapa 10. Distribución de casos de tracoma en municipios de Brasil, 1999.....	18
Mapa 11. Distribución de casos de tracoma en municipios de Brasil, 1999.....	18
Mapa 12. Distribución de las prevalencia de Tracoma, Brasil, de 2002 a 2008.....	19
Mapa 13. Cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia, Brasil, años 1998, 2002 y 2006.....	22
Mapa 14. División político-administrativa del departamento de Vaupés, Colombia.....	23
Mapa 15. Red de Prestación de Servicios de Salud de Vaupés, 2003 y 2011.....	25
Mapa 16. Distribución geográfica del tracoma en Vaupés, 2011.....	29
Mapa 17. Zonas con presencia de tracoma, Guatemala, 2011.....	30
Mapa 18. División político-administrativa de México.....	34
Mapa 19. Zonas endémicas por Tracoma, Estado de Chiapas, México, 2011.....	35
Mapa 20. Indicador sintético de riesgo, municipios de Juazeiro, Crato y Barbalha, Estado de Ceará, Brasil, 2011.....	48
Mapa 21. Mapeo del indicador sintético del riesgo, municipio de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011.....	48
Mapa 22. Triquiasis Tracomatosa (TT), Datos Bibliográficos, Brasil, 2002 a 2007.....	50
Mapa 23. Presencia de Oncocercosis a nivel subnacional, LAC, 2005–2007.....	72
Mapa 24. Presencia de Enfermedad de Chagas, todos los modos de transmisión, LAC, 1998–2007.....	73
Mapa 25. Enfermedad de Chagas: Áreas de interrupción de transmisión vectorial, 2009.....	73
Mapa 26. Presencia de filariasis linfática en el primer nivel subnacional en LAC, 2005-2007.....	73
Mapa 27. Presencia de Tracoma en el nivel subnacional, LAC, 1998–2007.....	74
Mapa 28. Presencia de Esquistosomiasis en el nivel subnacional, LAC, 2005–2007.....	74
Mapa 29. Presencia de Helmintiasis a nivel subnacional, LAC, 2005–2007.....	75
Mapa 30. Distribución geográfica de leishmaniosis cutánea y mucosa en las Américas, 2009.....	75
Mapa 31. Distribución geográfica de leishmaniosis visceral en el mundo, 2009.....	76

Índice de Tablas

Tabla 1. Prevalencia de tracoma por regiones y municipios, Brasil, 2002 a 2008.....	19
Tabla 2. Resultados de la vigilancia activa en los pueblos indígenas. Brasil, 1999 a 2005.....	21
Tabla 3. Técnicas de recolección realizadas para confirmación por laboratorio de casos de tracoma, por comunidades, Vaupés, 2010-2011.....	26
Tabla 4. Costos de desplazamiento a focos de tracoma identificados en Vaupés, Colombia, 2011.....	27
Tabla 5. Diagnóstico y frecuencia de los pacientes quirúrgicos a intervenir en junio de 2011, Vaupés, Colombia.....	28
Tabla 6. Casos de Tracoma por Estadio Dpto. Sololá Programa Prevención de la Ceguera/CPCSG, 1994 – 2001.....	31
Tabla 7. Tamizajes de Tracoma por sectores en el Departamento de Sololá, Guatemala, 2002 – 2007.....	32
Tabla 8. Casos de Tracoma detectados por Tamizaje en Departamento Sololá, Boca-Costa, Guatemala, por grupos de edad, 2002 – 2006.....	32
Tabla 9. Casos Nuevos de Tracoma, por Municipio y por Fase Clínica, Chiapas, 2008.....	36
Tabla 10. Casos Nuevos de Tracoma, por Municipio y por Fase Clínica, Chiapas, 2009.....	36
Tabla 11. Casos Nuevos de Tracoma, por Municipio y por Fase Clínica, Chiapas, 2010.....	36
Tabla 12. Prevalencia de Tracoma por Municipio, según Fase Clínica, Chiapas, 2002 – 2010.....	37
Tabla 13. Actividades de Vigilancia Epidemiológica y Atención Médica, Chiapas, 2010.....	38
Tabla 14. Actividades de Promoción de la Salud frente al Tracoma en Escuelas de Chiapas, 2010.....	38

Tabla 15. Prevalencia del tracoma en los municipios de la encuesta nacional de tracoma, Brasil, 2002 – 2008.....	49
Tabla 16. Estimación del cálculo de las necesidades de antibióticos, Plan Nacional..., Brasil, 2011.....	49
Tabla 17. Estimativos para el Cálculo del componente S (Cirugía) de la Estrategia SAFE.....	50
Tabla 18. Resultados y actividades de Investigación de Prevalencia de Tracoma en cuatro municipios de los departamentos de Sololá y Suchitepéquez, en Guatemala, 2011.....	54

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ACRÓNIMOS

ATO	Objetivo anual de tratamiento (por sus siglas en inglés, <i>Annual Treatment Objective</i>)
AVAD	Años de vida ajustados según discapacidad
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas – gobierno de México
CO	Opacidad corneal
Comunidad	Grupo mínimo de individuos objeto de las actividades de control masivo del tracoma
CONAGUA	Comisión Nacional del Agua - gobierno de México
Contraindicación	Condición, especialmente relacionada con una enfermedad, que hace que un tratamiento sea inadecuado o inconveniente
Distrito	La unidad administrativa normal para la gestión de la atención en salud
EIDs	Enfermedades Infecciosas Desatendidas
Endémico	Presente en una población o área de manera permanente (se dice de una enfermedad o agente infeccioso)
EPS	Empresa Promotora de Servicios de Salud (aseguradora del riesgo de enfermarse en el Sistema de Salud colombiano)
GET 2020	Alianza Mundial para la Eliminación del Tracoma en el año 2020 (por sus siglas en inglés, <i>Global Elimination Trachoma 2020</i>)
IDH	Índice de Desarrollo Humano
Incidencia	Número de nuevos casos de una enfermedad o infección específica en una población en particular y en un periodo definido
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud (Sistema de Salud colombiano)
ITI	Iniciativa Internacional para el Tracoma (<i>International Trachoma Initiative</i>)
LAC	Latinoamérica y el Caribe
MFI	Meta final de intervención
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala
NTD	Enfermedades Tropicales Desatendidas (en inglés, <i>Neglected Tropical Diseases</i>)
OMS	Organización Mundial de la Salud
Prevalencia	Número de casos de una enfermedad presentes en un grupo de población en un periodo en particular
Región	Unidad administrativa del nivel inmediatamente superior al de distrito
SAFE	Por las iniciales en inglés de <i>cirugía (Surgery)</i> , <i>antibióticos (Antibiotics)</i> , <i>higiene facial (Face-washing)</i> y <i>mejoras ambientales (Environmental Improvement)</i>
SECAM	Secretaría del Campo – gobierno del Estado de Chiapas, México
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social – gobierno de México
Signo	Evidencia de una enfermedad perceptible para el médico que examina, en oposición a las sensaciones subjetivas (síntomas) de la persona que presenta la enfermedad
TF	Inflamación tracomatosa folicular (en inglés, <i>Trachoma inflammation – Follicular</i>)
TI	Inflamación tracomatosa intensa (en inglés, <i>Trachoma inflammation – Intense</i>)
TRA	Evaluación rápida del tracoma (Por sus siglas en inglés, <i>Trachoma Rapid Assessment</i>)
TS	Cicatrización tracomatosa conjuntival (en inglés, <i>Trachomatous Scarring</i>)
TT	Triquiasis tracomatosa (Por sus siglas en inglés, <i>Trachomatous Trichiasis</i>)
UIG	Meta Final de Intervención (Por sus siglas en inglés, <i>Ultimate Intervention Goal</i>)

Resumen Ejecutivo

Las enfermedades tropicales desatendidas afectan, principalmente, a las poblaciones que viven en condiciones socioeconómicas pobres, con bajos ingresos, bajo nivel educativo, vivienda precaria, carencia de acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento básico, en zonas de conflicto o en condiciones ambientales deterioradas, y con barreras en el acceso a los servicios de salud. Por compartir factores determinantes sociales y ambientales comunes, las enfermedades tropicales desatendidas frecuentemente presentan superposición geográfica. La carga por enfermedades tropicales desatendidas en América Latina y el Caribe es el 8,8% de la carga de enfermedad mundial, aproximadamente, 5 millones de AVAD¹. En octubre de 2009 el Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución CD49.R19 sobre “Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza”². En ella se expresa el compromiso de los estados miembros de la OPS con metas concretas de control o eliminación de enfermedades desatendidas.

El control del tracoma fue priorizado por la Organización Mundial de la Salud desde 1998 y ratificado en la Resolución CD49.R19 en la Región de las Américas, como prioridad por parte de los Ministros de Salud para eliminar al 2015 los casos nuevos de ceguera causada por tracoma (reducción de la prevalencia de triquiasis tracomatosa a menos de 1 caso por cada 1.000 personas y reducción de la prevalencia de tracoma folicular o inflamatorio a menos de 5% en niños de 1-9 años de edad). Para tal fin, se diseñó una estrategia a nivel mundial que incluye cuatro componentes básicos, dirigidos al tratamiento farmacológico de la infección, al tratamiento quirúrgico de las secuelas inflamatorias y a la implementación de medidas sanitarias y educativas tendientes a prevenir la aparición de nuevos casos (conocida como estrategia SAFE por su sigla en inglés).

La Organización Panamericana de la Salud, con el liderazgo del Programa Regional de Enfermedades Desatendidas y el Programa Regional de Salud Visual y Prevención de la Ceguera, con apoyo de un grupo de organizaciones y aliados estratégicos especializados e interesados en este tema, se han unido para apoyar a los países de la Región para avanzar hacia las metas de eliminación. Como parte de este apoyo, surgió esta Primera Reunión Regional de Gerentes de los Programas para la Eliminación del Tracoma en las Américas, con el objeto de analizar la situación actual de la enfermedad en la Región y definir las acciones prioritarias que permitan alcanzar las metas establecidas en el período 2011 a 2015.

La respuesta a la convocatoria no pudo ser mejor, pues participaron los referentes técnicos de Brasil, Guatemala, México y Colombia, país anfitrión; un delegado de la Iniciativa Internacional contra el Tracoma – ITI, un delegado del Club de Leones Internacional y un delegado de la iniciativa SightFirst de Colombia, quienes luego de un análisis detallado de sus fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, frente a cada uno de los componentes de la Estrategia SAFE, pudieron establecer el punto de partida para, en el corto tiempo, definir sus Metas Finales de Intervención, diseñar y ejecutar sus planes de acción en el marco de la iniciativa de planes integrales para combatir las enfermedades desatendidas. Esta reunión contó además con el auspicio de la Red Global de Enfermedades Tropicales Desatendidas (GNNTD por su sigla en inglés) quienes en alianza con el Banco Interamericano de Desarrollo y la OPS están promoviendo desde 2009 el abordaje integral para el control y eliminación de las enfermedades desatendidas en Latino América y el Caribe.

¹ Hotez PJ, Bottazzi ME, Franco-Paredes C, Ault SK, Periago MR. The Neglected Tropical Diseases of Latin America and the Caribbean: A Review of Disease Burden and Distribution and a Roadmap for Control and Elimination. *PLoS Negl Trop Dis* 2(9): e300. doi:10.1371/journal.pntd.0000300. Fecha de consulta: 21 de junio de 2011. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2553488/?tool=pubmed>

² Organización Panamericana de la Salud, Consejo Directivo. Resolución CD 49. R19, “Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza”; 2 de octubre de 2009. Fecha de consulta: 21 de junio de 2011. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=es

En la Región de las Américas existe evidencia de tracoma en Brasil, Guatemala y México; se estima que 50 millones de personas viven en zonas de riesgo³. En 2010 se publicó evidencia clínica de tracoma en una comunidad indígena de Colombia, sin embargo no se cuenta aún con datos de prevalencia⁴. Guatemala completó a finales de 2010 una encuesta para evaluar los focos con transmisión histórica de tracoma y se espera publicación de resultados en 2011. Brasil completó en 2010 el mapeo y clasificación de los estados de acuerdo con el riesgo de tracoma, y México tiene actividades priorizadas en su único foco identificado en el Estado de Chiapas. Ningún país de la Región está suministrando tratamiento masivo con Azitromicina, y solamente Brasil y México realizan tratamiento individual de casos nuevos detectados y cirugía para pacientes con triquiasis. México iniciará en 2011 la documentación sobre la posible interrupción de la transmisión en el foco de Chiapas.

Las principales conclusiones fueron:

- 1) Brasil, Colombia, Guatemala y México están comprometidos en reforzar las acciones que permitan alcanzar las metas de eliminación de tracoma al 2015.
- 2) Brasil ha formulado un plan de intervención en tracoma, basándose en la estratificación de estados de acuerdo a parámetros epidemiológicos y de pobreza, para intensificar las acciones a 2015; se espera que se apruebe e inicie su implementación en el segundo semestre de 2011 en el marco de la iniciativa nacional para el control y eliminación de las enfermedades desatendidas.
- 3) Colombia conformó durante esta reunión un comité nacional para acelerar la formulación de un plan inmediato de intervención en las comunidades indígenas del Vaupés en las que se han detectado casos, y estructurar un plan de intervención a mediano plazo que permita determinar la prevalencia en el Vaupés, y en otros departamentos de la orinoquía y la amazonía, para formular un plan de implementación de los componentes de la estrategia SAFE.
- 4) Guatemala completará un plan de intervención en tracoma, con base en los resultados de la encuesta desarrollada en cuatro municipios durante el 2010, el cual se hará en el marco del Plan Nacional de Prevención de la Ceguera.
- 5) México está implementando el plan para la eliminación del tracoma en el Estado de Chiapas, con el cual han logrado implementar la estrategia SAFE; con el apoyo de OPS estarán iniciando el proceso de documentación para sustentar si han entrado en un proceso de eliminación en el marco de las metas regionales; harán un ajuste de las metas finales de intervención y los objetivos anuales a fin de garantizar un mejor monitoreo y seguimiento.
- 6) La Iniciativa Internacional de Tracoma – ITI ratifica su compromiso de apoyar a la Región de las Américas en su esfuerzo para la eliminación del tracoma y en especial la donación de Azitromicina si así lo requieren los países, para lo cual brindará soporte técnico que facilite completar los requisitos para acceder a donación, 7) el Club de Leones Internacional y la iniciativa SightFirst ratifican también su compromiso de seguir apoyando el trabajo y esfuerzo de los países de la Región para la implementación de la estrategia SAFE, en especial en su componente de cirugía.

Las principales recomendaciones fueron:

- 1) Mantener el espacio de las reuniones regionales de tracoma para monitoreo y seguimiento de los logros en cada país, así como un espacio para compartir las experiencias y reforzar los lazos entre países, con la cooperación técnica de la OPS y el apoyo de los socios y aliados estratégicos a nivel internacional.

³ Schneider MC, Aguilera XP, Barbosa da Silva Junior J, Ault SK, Najera P, Martinez J, Requejo R, Nicholls RS, Yadon Z, Silva JC, Leanes LF, Roses M. 2011 Elimination of Neglected Diseases in Latin America and the Caribbean: A Mapping of Selected Diseases. PLoS Negl Trop Dis 5(2): e964. doi:10.1371/journal.pntd.0000964.

⁴ Miller H, Gallego G, Rodríguez G. Evidencia clínica de tracoma en indígenas colombianos del departamento del Vaupés. Biomédica, 2010;30:432-9

- 2) Los cuatro países solicitan que OPS mantenga sus acciones de cooperación para avanzar en la implementación de los planes de acción para tracoma en el marco de la situación propia de cada uno.
- 3) Se requiere incentivar y promover la cooperación centro-centro entre Guatemala y México y sur-sur entre Brasil y Colombia para implementar acciones de vigilancia en las comunidades de las fronteras, y compartir la experiencia de quienes más trabajo han desarrollado en tracoma en los años recientes, como Brasil y México, con quienes están iniciando o retomando acciones como Colombia y Guatemala.
- 4) Se debe intensificar la vigilancia del tracoma en otros países de la Región, para lo cual es necesario difundir información sobre los focos actuales y la importancia de incrementar la vigilancia en zonas de frontera.
- 5) Mantener la estrecha vinculación y trabajo con los socios y aliados estratégicos a nivel internacional, como la Iniciativa Internacional de Tracoma-ITI, el Club de Leones Internacional, SightFirst, Universidad Johns Hopkins, Cristoffell Blinden Mission – CBM, entre otros, para apoyar el logro de las metas en la Región.

Expresamos el agradecimiento a Sabin/Red Global de Enfermedades Tropicales Desatendidas (Sabin/GNNTD), cuyo apoyo fue fundamental para la realización de esta *Primera Reunión Regional de Gerentes de los Programas para la Eliminación del Tracoma en las Américas*.

Este informe integral es presentado con el fin de mantener la memoria histórica del retrato de la situación actual y de darle seguimiento a los compromisos resultantes y a los logros que han de alcanzarse en el presente lustro.

Palabras de Bienvenida

Dr. Juan Carlos Silva, Asesor Regional en Salud Visual y Prevención de la Ceguera, OPS/OMS.

El Dr. Juan Carlos da la apertura del evento con una bienvenida a todos los participantes del encuentro. Recuerda el compromiso de todos los ministros de salud de la Américas para la eliminación del Tracoma en la Región, para lo cual se fomenta esta reunión de Gerentes de Programas en los países en donde se han detectado focos eliminables. En principio, se tendrá una reunión anual, a fin de intercambiar opiniones, compartir avances, dar y recibir recomendaciones de todos en la identificación de necesidades y alternativas de solución.

El Dr. Juan Carlos presenta a la Dra. Danik Valera, Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, entidad adscrita al Ministerio de la Protección Social y encargada, entre otras funciones, de las enfermedades olvidadas o desatendidas.

Dra. Danik de los Ángeles Valera Antequera, Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública, INS, Colombia

La Dra. Danik agradece a la Organización Panamericana de la Salud la invitación en esta iniciativa, en su primera reunión de Gerentes de los Programas de Nacionales de Eliminación del Tracoma. Brinda cordial saludo a los delegados de Brasil, Guatemala, México y Colombia. Presenta un cordial saludo en nombre del Instituto Nacional de Salud, ente responsable de las acciones de vigilancia y control de eventos de interés en salud pública en Colombia. Y asume el compromiso de llevar a cabo todos los planes, propuestas y estrategias de la reunión para alcanzar la meta de eliminar el tracoma para el 2015.

En sus palabras de instalación, la Dra. Danik hace un recuento de los antecedentes de la iniciativa, desde el 2006, cuando la Directora de la Organización Mundial de la Salud, en su informe anual, identificó a Brasil, Guatemala y México como países endémicos para el Tracoma y planteó la necesidad de fortalecer y generar acciones de planificación de una estrategia conjunta, para identificar todas las zonas endémicas y la presencia de tracoma en nuestras poblaciones vulnerables, como las comunidades indígenas. Luego, rememora el informe quinquenal que la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana hiciera en 2007, cuando nace la iniciativa contra las llamadas enfermedades desatendidas, entre ellas el tracoma. Y finaliza con la Resolución CD49.R19 sobre “Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza”, de octubre de 2009, cuando el consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud estableció no solo el compromiso de los estados miembros de la OPS, sino también metas concretas de control o eliminación de enfermedades, entre ellas la eliminación del tracoma para el 2015. Adicionalmente, socializa los resultados del estudio de Miller, Gallego y Rodríguez, que en 2010 informó por primera vez la presencia de tracoma en Colombia, en cinco comunidades indígenas del departamento del Vaupés, por lo cual Colombia ingresa a este grupo de países comprometidos en el logro de la meta de eliminar el tracoma para el 2015, o antes si llegare a ser posible.

Luego de la presentación de cada uno de los asistentes, el Dr. Juan Carlos Silva explica la agenda y la metodología a seguir, consistente en seis sesiones en las cuales se presentará el panorama mundial, regional y nacional de la enfermedad, con sus avances y desafíos; las herramientas usadas por cada país para la formulación de planes de eliminación; el marco general de la estrategia SAFE; un ejercicio de análisis DOFA de cada componente de la estrategia SAFE en cada país invitado; la elaboración de planes integrados para la eliminación del tracoma y el esbozo de la ruta de trabajo para los próximos cinco años.

Sesión 1. Panorama mundial, regional y nacional del tracoma

Panorama mundial de la eliminación del tracoma

Presenta: Dr. Juan Carlos Silva, Asesor Regional en Salud Visual y Prevención de la Ceguera, OPS/OMS

Repaso de la enfermedad

- Infección del ojo causada por *chlamydia trachomatis*, transmitida de persona a persona por contacto directo con áreas de la piel contaminada, pero que comúnmente se relaciona con situaciones de escasez de agua, presencia de muchas moscas y condiciones de hacinamiento. En otras palabras, es una enfermedad asociada con la pobreza.
- La infección comienza en la niñez. La afección de la conjuntiva en el párpado superior y esas infecciones repetitivas producen cicatrización que hace que el párpado superior se vaya retrayendo, lo que hace que las pestañas rayen la córnea y el trauma permanente produce pérdida de la transparencia de la córnea, siendo éste el mecanismo fundamental para que se produzca la ceguera
- La ceguera irreversible se manifiesta en edades entre los 30 y 40 años de edad, siendo más frecuente en mujeres debido a su cercanía con los niños.

Ilustración 1. Fotografías de casos para apoyo diagnóstico de Tracoma

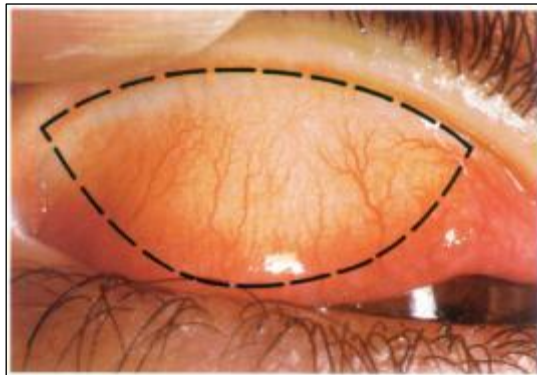
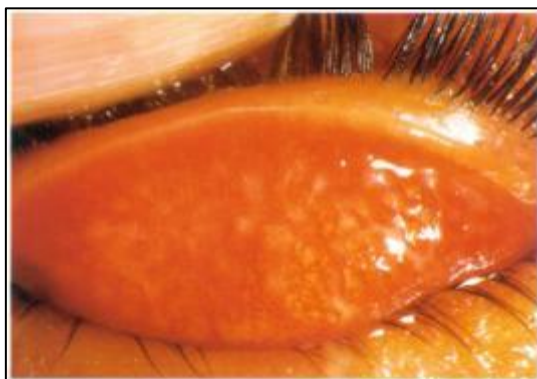


Imagen de conjuntiva normal



Conjuntivitis folicular



Conjuntivitis Folicular e Inflamatoria



Conjuntivitis cicatrizal que condiciona la contractura del párpado y la entropión.

Fuente de las fotografías: OMS, disponibles, entre otras, en: <http://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index2.html>

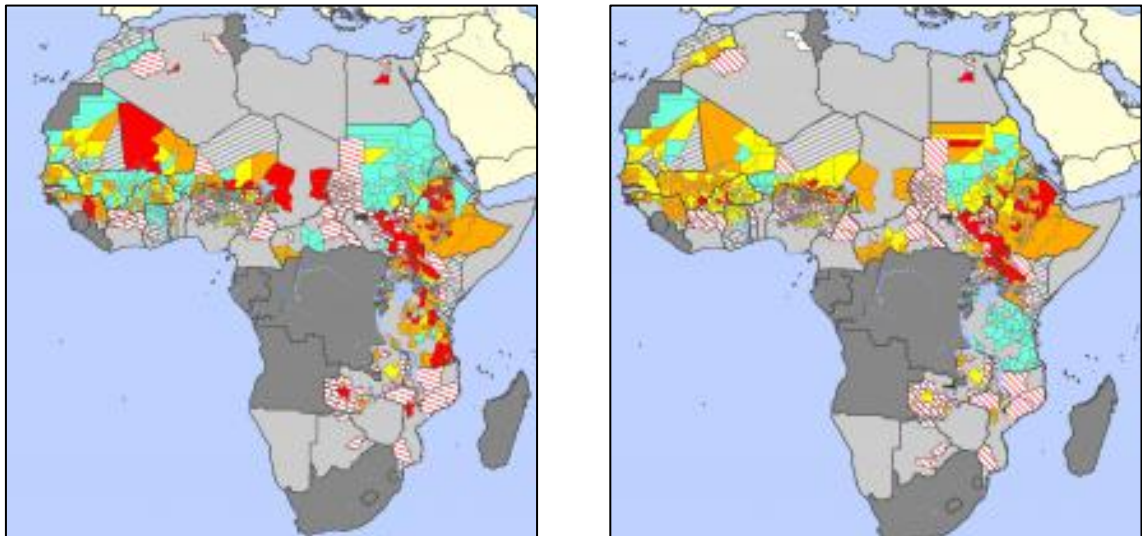
Del Programa Global de Eliminación de la Ceguera por Tracoma

- A través de la Resolución 51.11 de la Organización Mundial de la Salud en 1998 se pide a los países miembros hacer una evaluación de las zonas endémicas de tracoma; es así como en Brasil y México ya se tiene un mapeo claro del estado actual del tracoma. En Guatemala ya se está terminando el mapeo y en Colombia se estaría iniciando. También se pide la aplicación de la estrategia SAFE; que colaboren con la alianza mundial para la eliminación del tracoma. Y, por supuesto, todo debe ir de la mano con procesos de desarrollo comunitario con mejoramiento del acceso al agua y al saneamiento básico.
- La petición a la OMS es la cooperación para la eliminación del tracoma; la investigación operativa en los programas; el fortalecimiento de la colaboración interinstitucional, con organismos especializados (por ejemplo la ITI -*International Trachoma Initiative*), la academia (por ejemplo, la Universidad Johns Hopkins) y la colaboración entre países; la movilización de fondos extra presupuestarios y la información a la Asamblea Mundial de la Salud acerca de los progresos realizados, con base en unos indicadores.

El Tracoma en el Mundo

- El tracoma afecta en el mundo a cerca de 84 millones de personas, de las cuales 8 millones ya tienen impedimento visual. Es responsable del 3% de la ceguera del mundo pero, afortunadamente está disminuyendo por causa del desarrollo socio-económico y por los programas de control de la ceguera por tracoma. No obstante, sigue siendo endémico en muchas zonas rurales pobres de África, Asia, América Central y del Sur, Australia y Oriente Medio.

Mapa 1. Tracoma en África – 16 encuestas, 2011



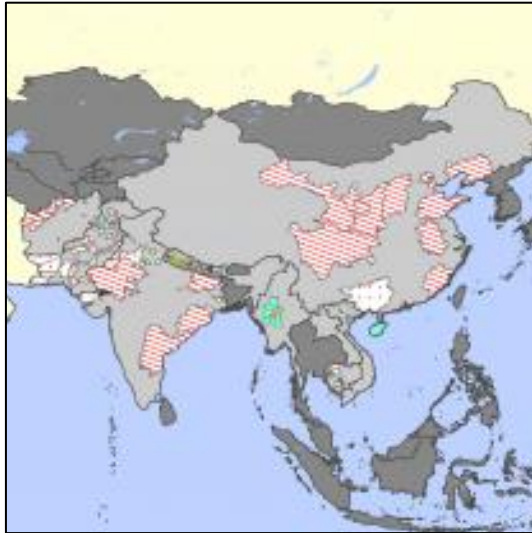
Tracoma activo en África

Triquiasis en África

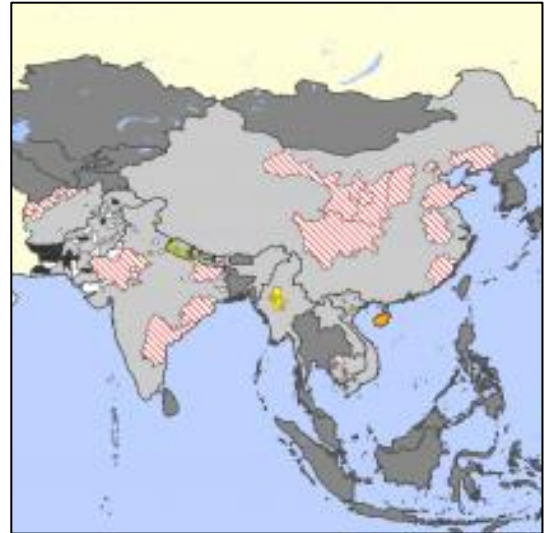
Fuente: London School of Hygiene and Tropical Medicine

- En los mapas, las zonas identificadas de color rojo es donde existen prevalencias muy altas de tracoma activo (izq.) y de triquiasis (der) en África, mayores del 30%. La triquiasis no es más que la consecuencia del tracoma. La importancia radica en que si no se intervienen quirúrgicamente los casos de triquiasis terminan en ceguera.

Mapa 2. Tracoma en Asia y Pacífico Occidental – 14 endémicos, 2011 (faltan datos)



Tracoma activo en Asia



Triquiasis en Asia

Fuente: London School of Hygiene and Tropical Medicine

- En Asia las zonas identificadas en rosado es donde existe la sospecha o indicios de la existencia de tracoma. Faltan más datos para poder tipificar cuáles tienen prevalencia entre el 5 y 10%, cuáles están por encima de 10%. Aún no está claro.

Mapa 3. Tracoma en Medio Oriente, 2011 (Algunos países han logrado sus metas. Irán, Omán, Arabia Saudita & Emiratos Irak y Yemen necesitan datos)



Tracoma activo en Medio Oriente



Triquiasis en Medio Oriente

Fuente: London School of Hygiene and Tropical Medicine

- En el Medio Oriente, aun hay problemas en Yemen, donde hay zonas hiperendémicas, pero hay países que ya han logrado eliminar el problema.

La Alianza Mundial para la Eliminación del Tracoma

- Somos todos: los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones internacionales que apoyan el tema y la Organización Mundial de la Salud como facilitador del proceso. Todos somos responsables.
- Las actividades de la Alianza Mundial para la Eliminación del Tracoma consisten en evaluaciones epidemiológicas, ejecución e implementación de proyectos, coordinación y supervisión; vigilancia, evaluación y movilización de recursos.

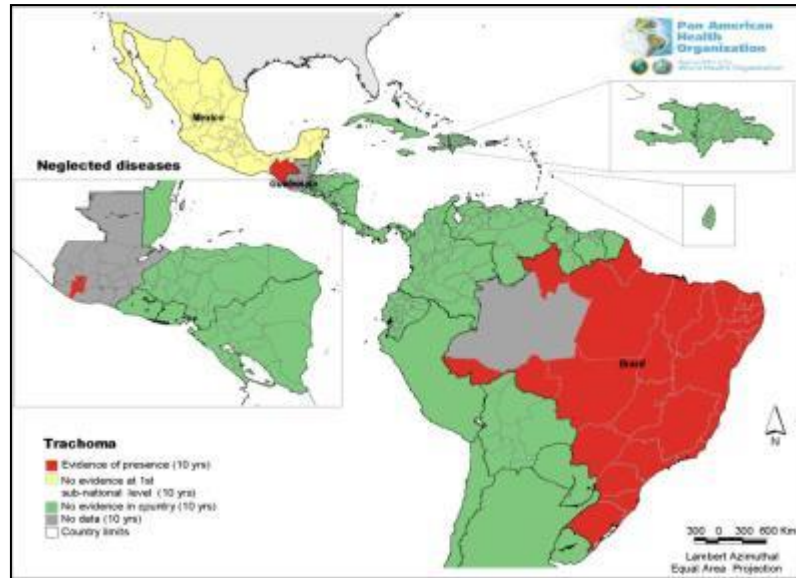
Conclusiones de reuniones de la Alianza Mundial en 2010 y 2011

- En 2010 se pidió prioridad para países con problema de gran magnitud. Afortunadamente las prevalencias en nuestra región no son muy altas. Hay focos pequeños con más del 30% de prevalencia pero no son muy grandes.
- No olvidar países con un pequeño problema o quienes están empezando o terminando.
- Es un trabajo conjunto de los programas de enfermedades desatendidas y de programas de prevención de la ceguera.
- El liderazgo del programa es de los gobiernos, apoyado por los socios.
- Es importante realizar planes con metas y presupuestos anuales para alcanzar la Meta Final de Intervención, UIG (*Ultimate Intervention Goals*). Se debe definir la Meta Final de Intervención y, a partir de allí, los planes anuales para alcanzar dicha meta. Quedan realmente de 7 a 8 años, pues el último año, que es el 2020, es para la recolección de información.
- Recolectar los datos de la implementación de la estrategia SAFE es necesario para monitorear cómo van los indicadores y si se está alcanzando la meta.
- Aún se está trabajando en definir los requisitos y proceso para la certificación de la eliminación.
- En la reunión de 2011 en Lima se reconoce que desde 1997 hay grandes avances pero aún falta mucho para la eliminación de tracoma.
- Se reconoce la importancia del vínculo de tracoma con el programa de enfermedades olvidadas y el programa de prevención de la ceguera, lo cual representa una oportunidad.
- Ahora salió una nueva plantilla utilizada en Kenia para el desarrollo de planes nacionales. La recomendación es la de usar esta plantilla para facilitar la planificación.
- Se deben incluir todos los componentes del programa SAFE. No sólo la cirugía y el uso de los antibióticos sino que se debe incluir los aspectos relacionados con el desarrollo humano, como lo son, el lavado de la cara y el mejoramiento de las condiciones ambientales, con lo cual se podrá eliminar definitivamente esta enfermedad. Si no se hace así, la enfermedad será reemergente.

Situación en América Latina

- Además de la Resolución de la OMS, se tiene la Resolución CD49.R9 de la Organización Panamericana de la Salud, firmada por los Estados Miembros en 2009, donde se toma el compromiso por parte de los Ministros de Salud de eliminar los casos nuevos de ceguera causada por tracoma ($TT < 1/1000$), a reducir la prevalencia del tracoma activo (TF y TI $< 5\%$) en niños de 1 a 9 años y en adoptar la estrategia SAFE.

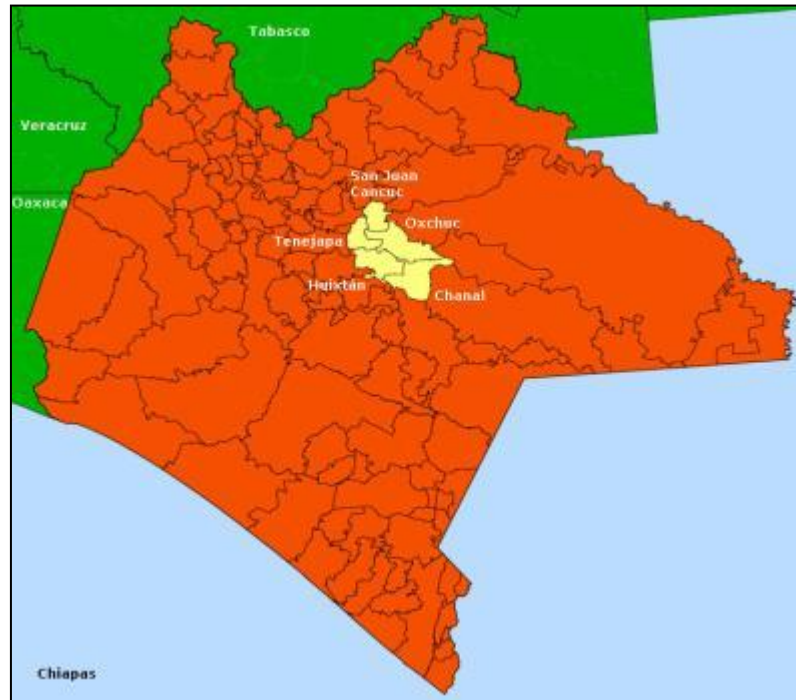
Mapa 4. Tracoma en América Latina, 2011



Fuente: PAHO, Epidemiological profiles of neglected diseases and other infections related to poverty in Latin America and the Caribbean, 2009.

- Hasta el momento se había hablado de tres países endémicos: Brasil, donde prácticamente en todos los Estados, en especial en los del norte, hay endemidad del tracoma; en Guatemala, históricamente en Sololá y Suchitepéquez, donde se ha desarrollado un importante trabajo de intervención del comité de ciegos y sordomudos durante varios años; y en Chiapas, en México.

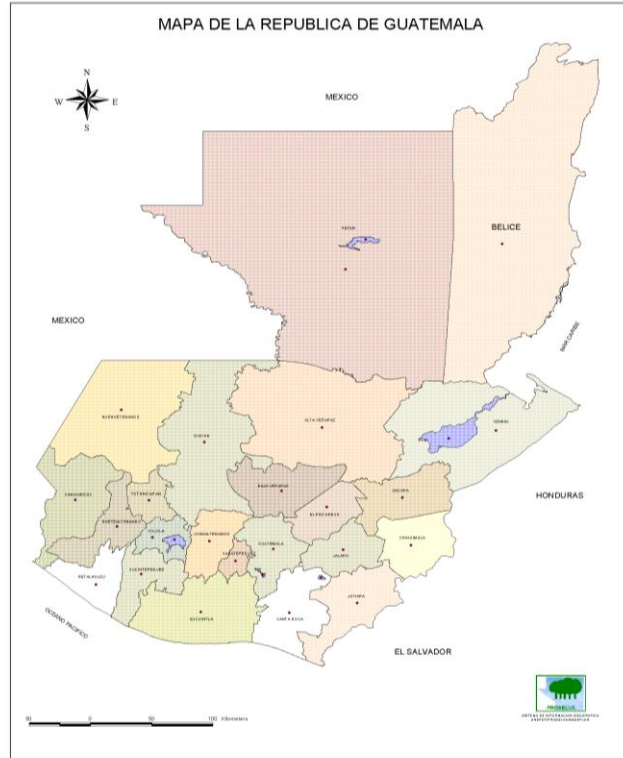
Mapa 5. Tracoma en Chiapas, México, 2011



Fuente: OPS México.

- En Chiapas el programa inició en 2001. Su meta de eliminación fue para el 2013 y estamos *ad portas* de alcanzarla.

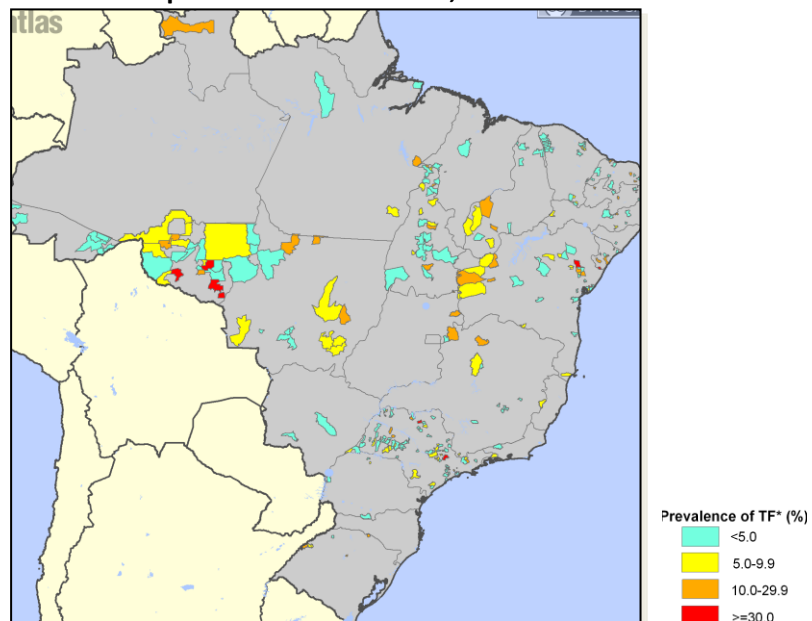
Mapa 6. Tracoma en Guatemala, 2011



Fuente: Comité Pro Ciegos de Guatemala.

- En Guatemala se han encontrado nuevos focos en unos subdistritos, dos de ellos con prevalencia por encima de de 5%; los focos están en zonas muy localizadas. Hay comunidades con prevalencias superiores al 30%.

Mapa 7. Tracoma en Brasil, 2011



Fuente: London School of Hygiene and Tropical Medicine.

- Entre 2000 y 2008 en Brasil se hizo una encuesta en la cual se identificaron condiciones de desarrollo económico y social muy bajo y sobre estos municipios se hizo la encuesta para determinar la prevalencia del tracoma y, efectivamente, se hallaron gran cantidad de municipios con tracoma. Se evaluaron 295 de los 5.000 municipios. También se abordó el tema de comunidades indígenas, de lo cual hay pocas experiencias. Y se están trabajando los planes de intervención del tracoma en comunidades indígenas en selva.
- Adicionalmente, Brasil ha estado trabajando en el plan nacional y en los planes estatales de algunos de los estados, algunos de los cuales ya han terminado sus planes de intervención en tracoma.
- En el Mapa 7 se puede apreciar que en los límites con Perú, con Bolivia, con Venezuela e incluso con Paraguay, se identifican focos de tracoma, aunque sus prevalencias no son muy altas, salvo un par de excepciones. En casi todo el país se han encontrado focos.

Mapa 8. Tracoma en Colombia, 2010



Fuente: Miller H, Gallego G, Rodríguez G. Evidencia clínica de tracoma en indígenas colombianos del departamento del Vaupés. Biomédica, 2010;30:432-9

- En Colombia, los colegas presentes en esta reunión estuvieron estudiando unas comunidades y sus hallazgos fueron publicados en la Revista del Instituto Nacional de Salud, en donde hallaron casos de tracoma activo y de triquiiasis, lo cual demuestra presencia de tracoma en el pasado y, muy probablemente, tracoma activo.

Logros en los países de la Región.

- México está cercano a eliminar la enfermedad
- En Brasil ya hay datos Nacionales; hay un nuevo plan nacional a 5 años y hay nuevos planes estatales elaborados
- En Guatemala ya se hizo la Encuesta en el 2011
- En Colombia se identificaron los casos de TT y TF y se le dio validez. Además de la publicación se sabe que han encontrado nuevos casos.

Categorías de países.

1. Antiguos Focos Endémicos no activos: No hay más tracoma activo (México)
2. Focos endémicos activos (Brasil, Guatemala)
3. Focos recién reportados para estudio (Colombia)

4. Posibles focos no reportados en países limítrofes con Brasil (Venezuela, Bolivia, Perú). Ya se han realizado advertencias en reuniones internacionales para alertar a los oftalmólogos para que inicien la búsqueda de casos.
 - En México, se debe verificar si hay posibles casos de Triquiasis restantes pendientes por operar; continuar la detección y el tratamiento de TT hasta llegar a las metas; mantener una vigilancia activa para monitorear el comportamiento; y organizar los datos para la verificación de la eliminación.
 - En Brasil, habría que hacer algunos estudios de base en los Estados para tipificar los focos; hacer los planes de acción SAFE para cada uno de los Estados o municipio; buscar apoyo financiero del programa; y hacer la gestión y ejecución
 - En Colombia, se pide el liderazgo de la autoridad sanitaria nacional, cuya presencia en esta reunión es una muestra clara de su compromiso; planear un estudio de línea de base, quizá bajo un mecanismo de censo de comunidades y sobre este censo hacer la intervención; confirmar los datos con técnicas de laboratorio; elaborar un plan de intervención para TT; y buscar el apoyo financiero requerido.
 - Para los posibles focos no reportados en países limítrofes con Brasil (Venezuela, Bolivia, Perú), es pertinente informar a las autoridades nacionales y las ONG sobre el riesgo de tener tracoma activo o cicatrizal en la frontera con Brasil; fomentar un programa de detección de casos en los municipios en riesgo; y ya más adelante continuar con los demás pasos, como hacer las pruebas de laboratorio confirmatorias y un plan para un estudio de referencia. Pero primordialmente, hacer la abogacía para iniciar la atención de esta enfermedad.

Necesidades identificadas para la Región (presentadas en reunión reciente del GET 2020)

- Realizar una Reunión Regional Anual de Gerentes de Programas (mayo 2011, que corresponde a esta reunión).
- Apoyo técnico en las encuestas de diseño, tanto la inicial, para establecer la línea de base, como la final, cuando se vaya a declarar la eliminación del tracoma.
- Apoyo técnico en la clasificación del tracoma. La clasificación varía mucho entre observadores.
- Se requiere formar cirujanos en estos tipos de cirugía. Hay que evitar desprestigiar el programa por cirugías mal realizadas. Debe haber excelencia. Ni sobrecorrección ni subcorrección.
- Herramientas para la planificación de programas. Se tendrá un formato o planilla.
- Laboratorio de apoyo
- Fuentes de apoyo financiero
- Directrices para la verificación de la eliminación, ya que hoy aún no hay claridad.

Sesión de preguntas o comentarios

Pregunta 1: ¿Alguien ha utilizado la evaluación rápida del tracoma en el mundo (TRA)? ¿Qué experiencia existe a nivel mundial? ¿Vale la pena que en Colombia se utilice la TRA?

Respuesta 1:

- En Brasil la TRA no es útil porque se tiene una prevalencia muy baja. La TRA da mejores resultados cuando la prevalencia es muy alta, por encima del 30% (como por ejemplo en África). En Brasil se tienen prevalencias muy bajas. Desde el punto de vista epidemiológico, es preferible realizar encuestas con toda la técnica correcta.

La evaluación rápida no de un intervalo de confianza muy bueno ni una prevalencia adecuada.

- En África, donde hay unas prevalencias muy altas, es más factible hacer evaluación rápida del tracoma, en virtud de su situación. Pero, en general, lo que se hace para la evaluación epidemiológica es: 1) identificar poblaciones en riesgo, ya sea donde hay reportes de tracoma en el pasado o donde las condiciones socio-económicas son muy malas, que fue lo que se hizo en Brasil, y en esas poblaciones se aplica la encuesta. Normalmente se hacen por Distritos o por Estados y, dependiendo de lo que se encuentra, se lleva a un nivel mayor. Pero generalmente se hace en un nivel subnacional porque en nuestros países normalmente el tracoma está localizado en el nivel subnacional. 2) En países como África, donde en gran parte las condiciones socio-económicas son malas, allí si se puede hacer de otra manera, aplicando la metodología de la evaluación rápida.
- Las evaluaciones rápidas nos permiten saber si hay o no hay una enfermedad, pero no mide prevalencia. Necesitamos la prevalencia para varias cosas: 1) determinar qué tipo de intervenciones vamos a hacer en cada uno de los componentes de la estrategia SAFE; 2) evaluar el progreso hacia la meta: si queremos reducir prevalencia por tracoma folicular inflamatorio, necesitamos saber con toda certeza cuál es la prevalencia con una base poblacional en una encuesta. En el caso de nuestra Región, es muy poco probable que podamos usar la evaluación rápida del tracoma.

Pregunta 2: ¿En Colombia no se había adelantado ningún tipo de estudio en tracoma? Conociendo las condiciones socio-económicas de algunas regiones, por ejemplo, la Amazonía, ¿nunca de había despertado ningún interés?

Respuesta 2:

- Esta es la historia en casi todos los países de la Región. Por ejemplo, en Brasil, cuando se empezaba a hablar del tracoma, el cuerpo médico hacía negación, pues estos tipos de lesiones nunca llegan a los consultorios médicos. Sólo si se buscan, se encuentran. En Colombia, el primer estudio se hizo en Vaupés, y no se descarta que en otras zonas también exista la patología. Las condiciones de los indígenas del Vaupés no son distintas de las de los de Guainía, del Amazonas, entre otros. Hay es que hacer los estudios. Se debe motivar a la búsqueda de los indicios. Una vez descubiertas las zonas, pasar a la tipificación.
- En comunidades nómadas de la selva, sería útil tener una estrategia parecida al levantamiento rápido de información, en virtud de que no se tienen las facilidades para realizar las encuestas, sino que primero se haría identificación de focos, para luego hacer los estudios más completos.
- El tracoma cabe dentro de las enfermedades desatendidas precisamente por esto. Los servicios de salud no saben lo que es el tracoma. En las zonas rurales no hay médicos especialistas. El médico rural o del servicio social a veces no sabe lo que es la malaria, y menos de la existencia del tracoma. Y las poblaciones más pobres son las más olvidadas dentro de los sistemas de salud; así que, la Organización Mundial de la Salud insiste en incluir esta y otras enfermedades en esta categoría de enfermedades desatendidas, a fin de posicionar el tema y sacarlo adelante, pues compite con otras prioridades en salud pública, como la tuberculosis, el dengue, las crónicas, entre otras.

Intervención de la Dra. **Lisa Rotondo**, Directora de la Iniciativa Internacional de Eliminación del Tracoma (ITI); esta iniciativa incluye además la donación de Azitromicina, que es el antibiótico utilizado para el control del tracoma:

- Se encuentra a cargo del tema desde el 2004.
- Su mayor experiencia está en África, pero se encuentran complacidos de que en las Américas se estén organizando para atender este problema, partiendo del hecho de que problemas pequeños no son pequeños; son problemas y requieren ser atendidos y solucionados.
- El primer objetivo de ITI es asegurar la provisión de antibióticos en aquellos países que vienen desarrollando un programa de atención y eliminación del tracoma.
- Existen criterios de selección para acceder al programa que deben cumplir los Ministerios de Salud.
- También intervienen en movilización de recursos, de tal manera que gestionan fondos de otros países para apoyar a aquellos que requieren mayor apoyo económico en sus programas para la eliminación del tracoma.
- El manejo de la información también es otro de sus mandatos, pues la información es la que dice si vamos en la dirección correcta. ITI coloca esta información a disposición a través de su Web, en www.trachoma.org Son datos provenientes no sólo de los Ministerios de los diferentes países, sino también de otros socios y de encuestas realizadas en los países. Se invita a que, si observan datos desactualizados o si tienen nuevos datos, por favor, hacerlos llegar para que dicha información sea actualizada.
- Si bien, las resoluciones a nivel mundial hablan de eliminación, tenemos que tener en cuenta que no se puede hablar de eliminación ni de erradicación de la enfermedad, pero sí podemos hablar de eliminar la ceguera a causa de tracoma y de reducir o eliminar la morbilidad debido a la *Chlamydia trachomatis*.

Intervención de la Dra. **Kristen Eckert**, Coordinadora del Programa SightFirst de la Fundación Internacional Club de Leones para América Latina y El Caribe.

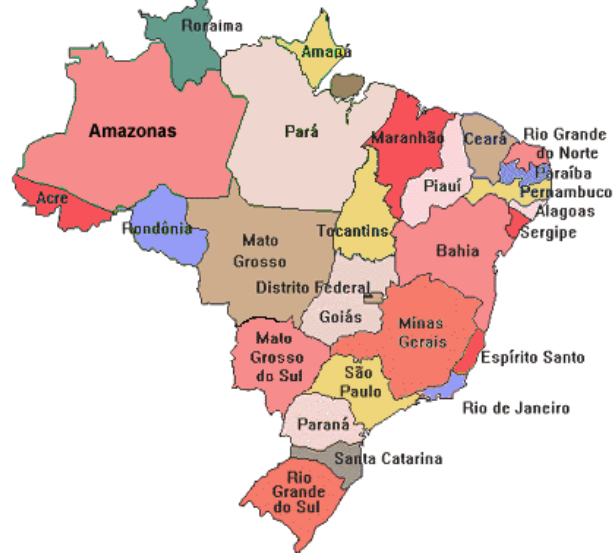
- Trabajan en tres sub-regiones de América Latina: Suramérica, Centro América y El Caribe. El Club de Leones ha aportado a los programas de tracoma en África y en parte de Asia, cuyos fondos acumulados de aportes se estiman en más de 12 millones de dólares.
- Sus programas van encaminados a la prevención de la ceguera, en particular en el apoyo en la realización de las cirugías y en lo relacionado con la capacitación, movilización social, las relaciones públicas y las comunicaciones en torno a la cirugía. Están invirtiendo desde hace un poco más de un año en los planes de eliminación y esperan colaborar con los países presentes, habida cuenta que se trata de pocos países de la Región. Pero también hay oportunidad de integrar los proyectos de eliminación del tracoma con los proyectos de oncocercosis que también son apoyados por el Club de Leones en la Región.
- Lo que se hace es entregar subvenciones a los Clubes de Leones en cada país para que ellos manejen los fondos, mediante alianzas con los Ministerios de Salud y otros colaboradores, como hospitales, ONGs, y trabajan directamente con la Organización Mundial de la Salud que es el principal colaborador y orientador de acciones para certificar la eliminación.

Presenta: Dra. Maria de Fátima Costa Lopes, Gerente del Programa Nacional de Tracoma en Brasil.

Generalidades

- La población total del país según el censo del 2010 se estima en 190 millones de habitantes, de los cuales el 80% se encuentran ubicados en el área urbana y sólo el 20% se ubican en el área rural. El país cuenta con 27 estados o unidades federales y el número total de municipios en estos 27 estados es de 5.565. En todos los 27 estados se han notificado casos de tracoma.

Mapa 9. División política-administrativa de Brasil



Fuente: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasil.

Situación epidemiológica del tracoma

- El tracoma en Brasil es declarado como un importante problema de salud pública hasta la mitad del siglo XX, cuando se detecta un número de Estados con una alta prevalencia de esta enfermedad. El Ministerio de Salud establece un Programa de Control a través de un Modelo de Atención centralizado, federal y vertical, cuyas actividades son controladas directamente desde el Ministerio de Salud. Desde entonces, las campañas nacionales del tracoma son conducidas por el Ministerio de Salud.
- De 1970 al 2000 se obtuvo una disminución de la prevalencia del tracoma, lo que condujo a una reducción en la importancia de esta problemática con la consecuente desintegración gradual del Programa Nacional para el Control del Tracoma, con una lamentable pérdida de recursos financieros y técnicos. La enfermedad pierde importancia/prioridad en las prácticas de vigilancia en todo el país, hasta el punto que en 1999, sólo en 6 Estados se desarrollaron actividades relacionadas con la vigilancia y control del tracoma en Brasil. En el Mapa 10 se aprecia la situación de la distribución de casos de tracoma en municipios de Brasil para el año de 1999, el cual se encontraba circunscrito a un número relativamente reducido de Estados.
- Se conocieron estudios serios realizados en el país en periodo de 1980 y 1990, según los cuales se tenía una diversidad de poblaciones afectadas, varias estimaciones de la prevalencia y ausencia de un estudio a nivel nacional que diera cuenta de la situación epidemiológica del tracoma en el país.
- Es por ello que se decide realizar, en 2002, una Encuesta Nacional de la Prevalencia del Tracoma en estudiantes, cuya población objetivo fueron los estudiantes de 1º a 4º grado de primaria residentes en los municipios con un Índice de Desarrollo Humano por debajo del promedio nacional, en los

municipios más pobres de Brasil. La muestra que se tomó fue aleatoria, estratificada por el tamaño de la población de los municipios, en 3 estratos de población: menores, medios y mayores.

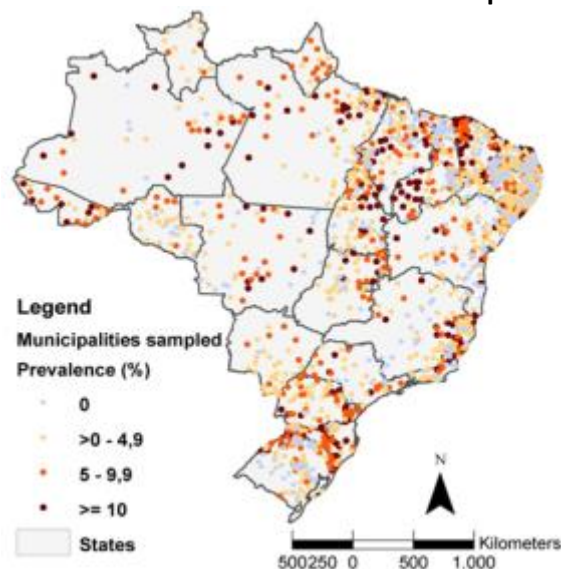
Mapa 10. Distribución de casos de tracoma en municipios de Brasil, 1999.



Fuente: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasil.

- Se utilizó la definición de la Organización Mundial de la Salud:
 - TF → Inflamación Tracomatosa folicular
 - TI → Inflamación Tracomatosa intensa
 - TS → Tracoma cicatricial
 - TT → Triquiasis tracomatosa
 - CO → Opacidad de la córnea
- Como resultado de este estudio, se encontraron casos de tracoma en los 27 Estados, los cuales se clasificaron según los estratos definidos, en menores, medios y mayores, según el porcentaje de prevalencia (Mapa 11)

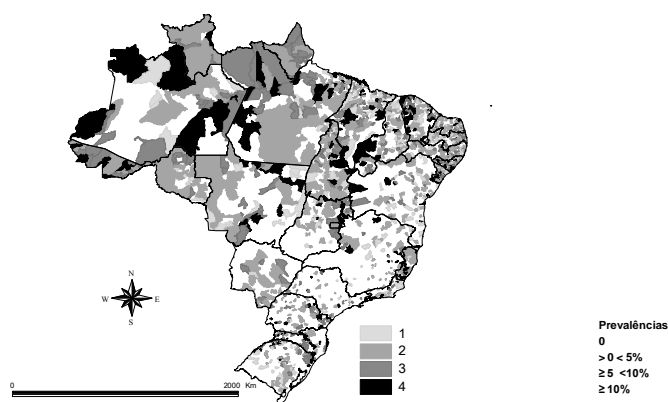
Mapa 11. Distribución de casos de tracoma en municipios de Brasil, 1999.



Fuente: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasil.

- Fueron examinados un total de 166.138 estudiantes de 1.514 municipios, de los cuales resultaron 8.420 casos positivos para tracoma, lo cual representó una prevalencia promedio de 5,07%. Pero en el Mapa 11 se pueden apreciar los municipios con puntos naranja y rojos, cuyas prevalencias dieron mayor de 5% y mayor de 10% respectivamente, en especial en municipios fronterizos con Guayanas, Venezuela, Colombia, Perú, Bolivia, Argentina, Paraguay, donde la prevalencia es realmente alta.
- En el Mapa 12 se aprecia la distribución de las prevalencias de tracoma en Brasil en este estudio de 2002 a 2008. Las zonas sombreadas más oscuras corresponden a los municipios con prevalencias mayores de 5% y de 10%, que es donde se encuentran las poblaciones más pobres y con menores recursos y oportunidades de desarrollo.

Mapa 12. Distribución de las prevalencia de Tracoma, Brasil, de 2002 a 2008



Fuente: SVS/MS CDTV/CGDT/DEVEP

- La Tabla 1 nos muestra la distribución del grado de prevalencia del tracoma en Brasil, por áreas geográficas. Se aprecia que el 20,1% de los municipios no presentaron ningún grado de prevalencia. 42,3% presentaron prevalencia de hasta el 5%. El 22,1% tuvieron prevalencia entre mayor de 5% y hasta el 10%. Y el 15,5% tuvieron prevalencia mayor del 10%, lo cual representa una cifra preocupante.

Tabla 1. Prevalencia de tracoma por regiones y municipios, Brasil, 2002 a 2008

Prevalencia de Tracoma en municipios	Norte	Nordeste	Sudeste	Sur	Centro Oeste	Total Brasil	%
Cero	35	172	38	39	21	305	20,1
> Cero < 5	128	290	80	79	63	640	42,3
5% - < 10%	69	136	28	72	30	335	22,1
10%	51	102	25	42	14	234	15,5
Total	283	700	171	232	128	1514	100

Fuente: Encuesta nacional de prevalencia del tracoma en estudiantes.

- En relación con la organización de los servicios de atención de salud, el cambio de prioridades de 1998 hasta el presente se traduce en una política de descentralización donde las actividades de ejecución se transfieren a los estados y municipios y el Ministerio de Salud acompaña e interviene con apoyo específico. Se adoptan entonces medidas relativas a la gestión conjunta en los estados y municipios con fortalecimiento de la formación del recurso humano y el apoyo técnico en la búsqueda activa y el tratamiento en las comunidades indígenas, hasta llevar a cabo diferentes

procesos de investigación sobre la prevalencia de tracoma en el país para evaluar la situación epidemiológica.

- El Gráfico 1 muestra los resultados en cuanto al número de personas examinadas en el período de 1986 hasta 1999 y el número de casos positivos encontrados año tras año, cuando las acciones eran realizadas por el Ministerio de la Salud. Para los años siguientes, los programas de vigilancia y control del tracoma sufrieron otras prioridades emergentes. De ahí que para los siguientes diez años se aprecia una reducción en la búsqueda activa y consecución de casos positivos (Gráfico 2).

Gráfico 1. Número de personas examinadas y casos positivos de tracoma en Brasil, 1986 hasta 1999

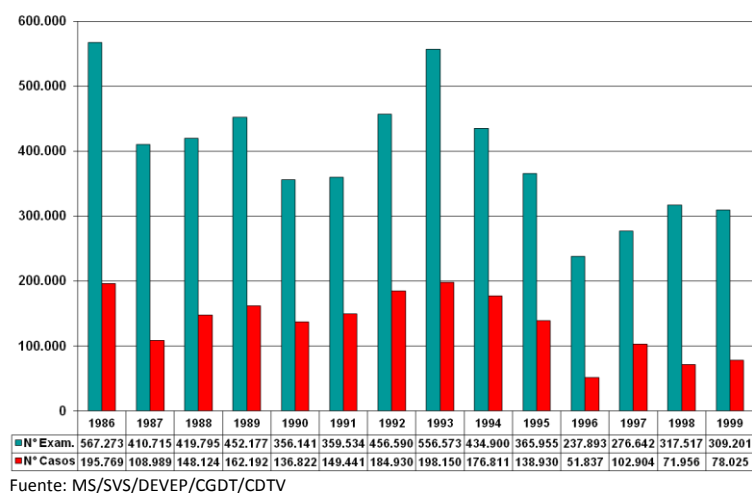
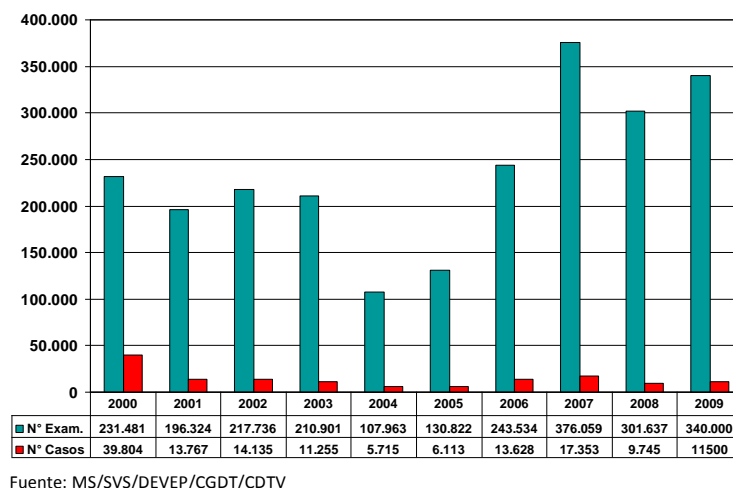


Gráfico 2. Número de personas examinadas y casos positivos de tracoma en Brasil, 2000 hasta 2009



- Cuando se le da importancia al estudio de la situación epidemiológica del tracoma en las comunidades indígenas se encuentra nueva información y prevalencias más altas en estas comunidades que dan una orientación al trabajo a desarrollar en los siguientes años. Estos resultados se ilustran en la Tabla 2, donde se presentan los hallazgos en las comunidades indígenas de los estados de Tocantins, Rondônia, Pernambuco y Amazonas. Se tiene también el recuento bibliográfico de los estudios en los cuales se demuestra, por ejemplo, en el estudio de Amazonas en 1999 que en la frontera con Vichada, la prevalencia de tracoma en las comunidades indígenas de São Gabriel da Cachoeira, en Río Tiquie era de 8%, y en Dãw era del 6%.

Tabla 2. Resultados de la vigilancia activa en los pueblos indígenas. Brasil, 1999 a 2005.

UF	Examinados	Casos / tracoma	Prevalencia %
TO	3557	991	38,3
RO	427	153	35,8
PE	2303	445	19,3
AM	3923	589	15,1

Fuente: MS/SVS/DEVOP/CGDT/CDTV

Desempeño del Programa Nacional de Tracoma en el período 2006 – 2010

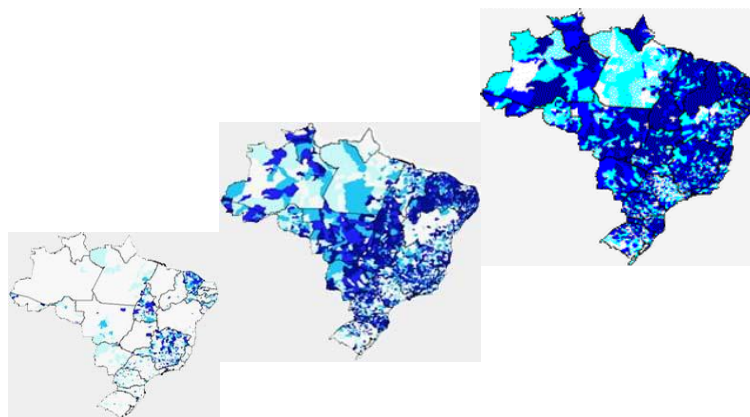
- Se han realizado reuniones técnicas con los directores de programas y asesores; se han designado Gerentes de Programas Estatales para el Control del Tracoma en 25 estados; se ha producido material educativo y normativo; se ha brindado formación del personal en 25 estados, con un número estimado de 2000 alumnos; se ha distribuido Azitromicina por parte del Ministerio de Salud. Se dio la finalización del estudio de la prevalencia nacional del tracoma y se tiene un Grupo de Trabajo para la preparación del Plan de Eliminación, con una mayor integración de equipos de atención básica con el programa nacional del Ministerio.
- Como avances mencionamos la inclusión del tracoma como un parámetro para la liberación de fondos para la vigilancia de la salud en los estados, liderado por el Programa de Vigilancia de la Salud, donde, para su financiamiento, la meta es la de examinar 10% de los estudiantes de 1º a 5º año de municipios con prevalencia igual o superior al 5% de tracoma activo. Igualmente, la inclusión del tracoma como una prioridad para la liberación de fondos para el saneamiento, a través de la Fundación Nacional de Salud, adscrita al Ministerio de la Salud y encargada del tema ambiental (Funasa/MS). Finalmente, se incluyó el tracoma en el sistema nacional de información – SinanNet.

Logros y Perspectivas al Plan de Eliminación del tracoma causante de ceguera en Brasil

- Comienza con la creación de un Grupo de Asesoramiento Técnico a los Estados miembros para definir estrategias para el desarrollo de los planes estatales para la eliminación.
- Se incluye la búsqueda de la triquiasis en los bolsillos de la población antigua, en especial en los estados de Ceará, Pernambuco y Bahía.
- La localización de zonas de riesgo para tracoma activo y tracoma inflamatorio folicular por encima del 5%;
- Se trabaja en el desarrollo de planes estatales y municipales de eliminación. Unos van muy adelantados, pero otros se encuentran algo atrasados;
- Garantizar referencias de los casos para cirugías oculares. No se tienen dificultades con el personal para realizar las cirugías. La dificultad está en la localización y traslado de las personas, pues las dificultades de acceso son el principal problema.
- Otra perspectiva es la integración con estrategias de la atención primaria y en la de salud familiar, a fin de ampliar la cobertura y la atención integral. El Mapa 13 ilustra el desarrollo que ha tenido la estrategia de Salud de la Familia y, en la medida en que se integre el programa de tracoma en el de salud familiar y de atención primaria se podrá incrementar la cobertura para el logro de la meta trazada;
- Integración de la relación con el sector de la educación, el saneamiento y las áreas de la planificación de políticas para atender las necesidades sociales en salud.
- Se tiene la determinación de estructurar la vigilancia epidemiológica del tracoma en el contexto de la atención primaria.
- Adquiere importancia crucial la participación de los gerentes y equipos de atención primaria, para aplicar el plan para eliminar el tracoma como causa de ceguera.

- Formación de profesionales de la salud y la prioridad política para la acción. Esto se logra mediante pactos y procesos de concertación entre el Ministerio, los estados y las municipalidades.

Mapa 13. Cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia, Brasil, años 1998, 2002 y 2006



Fuente: MS/SVS/DEVEP/CGDT/CDTV

- Perspectiva de sensibilización de los gestores, organizaciones, trabajadores y la población. Existe la voluntad política desde el consejo nacional de salud de fortalecer el programa nacional de tracoma para agosto de 2011.
- Creación en Ministerio de Salud de una Coordinación de las Enfermedades Desatendidas, como prioridad del Ministerio de la Salud.
- Integración intersectorial, en particular en las áreas de saneamiento y la educación
- Fomento del trabajo con entidades no gubernamentales, en un trabajo mucho más articulado e integrado.
- Otra perspectiva es integrar los programas que, de manera individual trabajan en problemas visuales que llevan a ceguera, a fin de estructurarlo en un programa de eliminación de la ceguera, donde se incluya la catarata, entre otros.

Desafíos del Programa de Eliminación del Tracoma

- Se tiene la necesidad de continuar con las capacitaciones para el diagnóstico.
- Se tienen dificultades logísticas para el diagnóstico de la situación epidemiológica de las zonas de riesgo, en especial en el transporte de los trabajadores.
- Búsqueda de casos en zonas remotas - rurales e indígenas.
- Logística para localización y soporte para los equipos de cirugía en las zonas rurales e indígenas y organizar la redes de referencias. Existe fragilidad de los sistemas de apoyo logístico.
- Dificultades en la realización de análisis de la situación para definir las zonas de riesgo, diagnóstico y tratamiento colectivo.
- Prioridad política e institucional da la eliminación del tracoma en la gestión del Sistema Único de Salud de Brasil – SUS
- La diversidad epidemiológica y social del país sigue siendo un desafío en todos los programas de salud;
- País con una extensión territorial continental;
- Amplia dispersión de tracoma en el país;
- Dificultad de acceso a grupos de población más necesitados;
- Los equipos de salud sin la formación para diagnosticar;
- Dificultades en la implementación de redes de discusión de salud SUS incipiente de las líneas de atención en el desarrollo de modelos de atención;

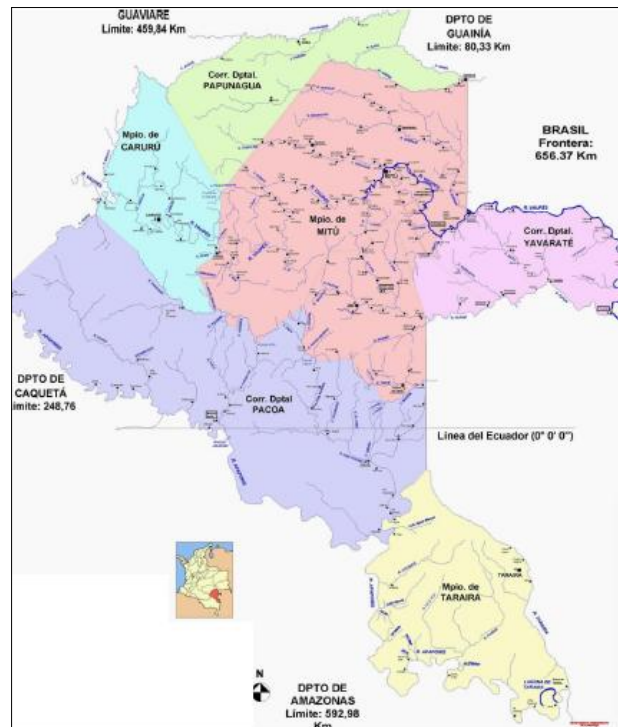
Panorama del Tracoma en Colombia: situación, avances y desafíos

Presenta: Dr. Hollman Miller Hurtado, Coordinador Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores de la Secretaría de Salud del Departamento de Vaupés.

Generalidades

- El departamento del Vaupés se encuentra ubicado al suroriente de Colombia. Es eminentemente selvático. Administrativamente hace parte de la región de la Orinoquía, pero desde el punto de vista bio-geográfico corresponde a Amazonía. Limita al oriente con Brasil, al sur con Amazonas, al occidente con Caquetá y al norte con Guaviare y Guainía.

Mapa 14. División político-administrativa del departamento de Vaupés, Colombia.



Fuente: Secretaría Departamental de Salud de Vaupés.

- Tiene una extensión territorial de 54.000 kilómetros cuadrados para 33.000 habitantes aproximadamente. El centro poblado con mayor densidad es Mitú, con características netamente rurales. La vía de acceso principal es por vía aérea, toda vez que no existen carreteras que conecten este poblado con la capital del país. El aeropuerto cuenta con una pista de aproximadamente 2.500 mts.
- La población estimada por el censo oficial no corresponde con la realidad, lo cual condiciona dificultades para alcanzar los indicadores de coberturas de vacunación, por ejemplo, en virtud de un denominador superior al real.
- Convergen 23 grupos étnicos quienes hablan dialectos completamente diferentes y con particularidades culturales que los hacen grupos especiales en virtud de sus costumbres y hábitos, entre los cuales se destacan los indígenas del grupo Makú, que realmente son cuatro grupos que comparten territorio con Brasil: los Junta, los Yugú, los Kácua y los Nukak. Estos últimos ubicados en un área muy pequeña.

- La economía es de subsistencia. No hay un comercio propiamente establecido. Los recursos económicos que se mueven son gestionados por las instituciones gubernamentales, principalmente, y son distribuidos a la población mediante proyectos o contratos.
- El problema de accesibilidad no sólo es físico sino también cultural. Los ríos no son muy navegables; el río Vaupés es el principal afluente pero no es navegable sino hasta la frontera con Brasil. En verano se deben atravesar alrededor de 35 cascadas que hacen imposible la navegación. Hay 14 ríos auxiliares, muchos de ellos sin conexión con el río Vaupés, donde se encuentran grupos poblacionales indígenas muy dispersos, con aproximadamente 0,2 habitantes por Km². Cada una de las diferentes comunidades no superan los 120 habitantes debido a las dificultades de la selva. Esta alta dispersión poblacional genera unos costos operativos ingentes para cualquier programa de atención del Estado.
- Las poblaciones son económicamente deprimidas, con altas condiciones de inequidad y de abandono social que no se puede confundir con el hecho de ser poblaciones indígenas, pues existen poblaciones indígenas en Brasil cuyas condiciones sociales son diferentes a las del Vaupés. No hay subsidios.
- Existe una alta incidencia de enfermedades parasitarias como resultado del contacto del hombre con el ambiente natural sin una educación y sin unos elementos protectores adicionales a los culturales.
- Se tiene un sistema de salud en colapso en toda su extensión. Adicional a la triada epidemiológica, donde están el huésped susceptible, el ambiente que le oferta una serie de riesgos y unos agentes causales, se suma el problema de la inequidad social y del abandono social y la falta de decisiones políticas y la mala orientación política. Esto coloca a la región en mayor susceptibilidad a eventos propios de la desatención.

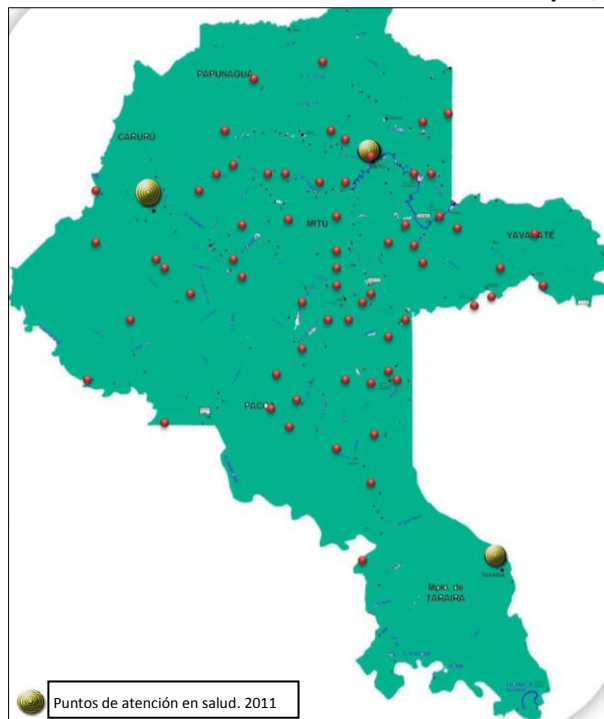
Ilustración 2. Vivienda típica de las comunidades indígenas del Vaupés.



Fuente: Hollman Miller Hurtado, Programa ETV, SDS Vaupés, 2011.

- En el Mapa 15 se puede apreciar la red de prestación de servicios de salud que se tenía para el año 2003. Cada uno de estos centros de atención tenía su área de influencia y, a través de ellos, se hacían las penetraciones al área rural y se brindaban los programas de salud pública; sin embargo, actualmente sólo subsisten tres de esos centros de atención en salud por causa del cambio del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esto condiciona que, al llegar a las comunidades apartadas se pueden encontrar patologías y lesiones de piel que siguen el curso natural de la enfermedad, sin ningún tipo de intervención (Ilustración 3).

Mapa 15. Red de Prestación de Servicios de Salud de Vaupés, 2003 y 2011.



Fuente: Hollman Miller Hurtado, Programa ETV, SDS Vaupés, 2011.

Ilustración 3. Lesiones encontradas en la población rural en Vaupés, Colombia, 2011



Fuente: Hollman Miller Hurtado, Programa ETV, SDS Vaupés, 2011.

Situación epidemiológica del tracoma

- En 2003 y 2006 se visitaron las comunidades Makú de San Joaquín y Santa Catalina, a 5 km de Brasil, y entre 2007 y 2009, las de San Gerardo, San Gabriel y Nuevo Pueblo, a 35 km de las anteriores. En 2006, se examinaron 114 personas en San Joaquín y Santa Catalina. Se diagnosticó clínicamente tracoma en 21 personas (18,4%), 15 de ellas (13,2%) menores de 15 años. Se detectaron todas las fases de la enfermedad. Tres mujeres tenían opacidad corneal con notoria disminución de la

agudeza visual. En las tres últimas comunidades se detectaron tres mujeres con tracoma avanzado, con opacidad corneal y ceguera.

- El interés por esta enfermedad surgió en 1998, cuando en una visita a una de estas comunidades se encontró que habían personas que estaban muriendo por mordeduras de serpiente. Dos señoras murieron porque no se percataron de la presencia de las serpientes en el camino. Eran personas que tenían opacidad corneal. Posteriormente se comenzó a trabajar en el vector y luego, se llegó a un reporte que tenían las autoridades sanitarias de Brasil, lo cual nos hizo sospechar, pues el nexa epidemiológico era evidente.
- En el período 2006 -2009 se establecieron algunas medidas de prevención que se desarrollaron a través del programa de enfermedades transmitidas por vectores, dada las facilidades de penetración en la zona. Sin embargo, estas medidas no han sido sistemáticas ni han sido medidas. Han sido más bien orientadas hacia el control del vector, disminuyendo mediante intervenciones químicas la densidad de los mosquitos que son vectores del tracoma.
- En 2010 se hizo la notificación oficial de los casos de tracoma y a finales de 2010 se inicia el planteamiento de alternativas para abordar el problema, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. Se plantearon como elementos prioritarios:
 - La confirmación por laboratorio de la *Chlamydia*;
 - La búsqueda activa de nuevos casos de triquiasis, entropión y opacidad corneal con el fin de prevenir la ceguera por tracoma;
 - La realización de un estudio de prevalencia;
 - La construcción del plan de eliminación del tracoma; y
 - La operación, seguimiento y evaluación del plan
- De diciembre de 2010 a la fecha, en relación con la primera fase de confirmación por laboratorio, se realizó la recolección de las muestras de frotis de conjuntiva palpebral y se remitieron al Instituto Nacional de Salud. Se realizaron extendidos en placa que se enviaron al laboratorio de microbiología para la posible identificación de la bacteria, procedentes de pacientes fundamentalmente con tracoma en fase folicular y algunos de pacientes con tracoma intenso. En San Joaquín se recolectaron 12 muestras en tubo seco y se hicieron 12 extendidos en placa. En Santa Catalina no se pudo realizar la labor; sin embargo, se realizaron 14 extendidos en tubo seco. En San Gabriel y en Wacará también se recolectaron muestras y se realizaron extendidos en placa (Tabla 3).

Tabla 3. Técnicas de recolección realizadas para confirmación por laboratorio de casos de tracoma, por comunidades, Vaupés, 2010-2011.

COMUNIDAD	TUBO SECO	EXTENDIDO
San Joaquín	12	12
Santa Catalina	14	0
San Gabriel	3	3
Wacará	9	9
Total	38	24

Fuente: Hollman Miller Hurtado, Programa ETV, SDS Vaupés, 2011.

- El costo para acceder a estas comunidades, recolectar las muestras e identificar las personas que tenían triquiasis, candidatos para las cirugías, fue de 26 millones de pesos. El desplazamiento fue realizado por tres funcionarios del sector de la salud. La comunidad de Wacará es nueva, en relación con el foco que se tenía identificado. Son indígenas Makú Kácua y fueron asumidos por nexa epidemiológico. Representan el foco más cercano a Mitú. El foco más lejano se encuentra aproximadamente a 90 Km. de Mitú y se accede por vía aérea el primer tramo, luego por río y luego por camino. La población total de estas 4 comunidades es de aproximadamente 300 personas.

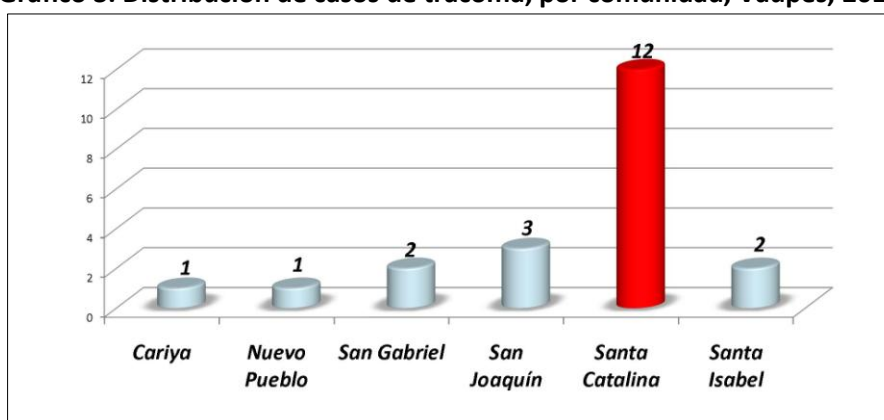
Tabla 4. Costos de desplazamiento a focos de tracoma identificados en Vaupés, Colombia, 2011.

Comunidad	Transporte aéreo	Transporte fluvial	Recurso Humano	Total
San Joaquín	1`600.000 x4	200.000	1`600.000	8`200.000
Santa Catalina	1`800.000 x4	100.000	1`800.000	9`100.000
San Gabriel	1`900.000 x3	-----	1`400.000	7`100.000
Wacará	-----	300.000	1`600.000	1`900.000
Total	26`300.000			

Fuente: Hollman Miller Hurtado, Programa ETV, SDS Vaupés, 2011.

- Se encontraron 21 personas pacientes potenciales para cirugía en estas cuatro comunidades, pero en la comunidad de Santa Catalina se encontró el 57% de los casos. Las dos personas procedentes de Santa Isabel se identificaron en Mitú, pues aún no ha sido posible ingresar a esta comunidad.

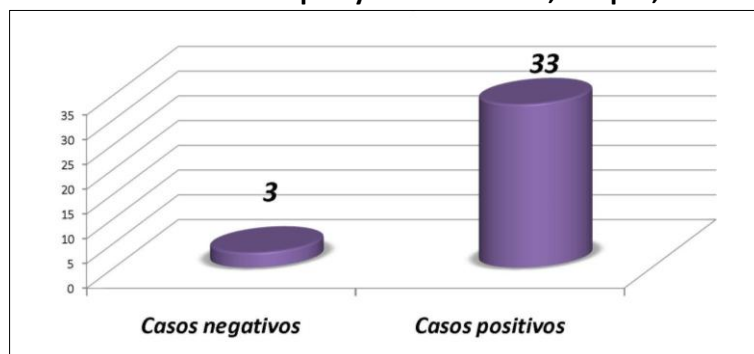
Gráfico 3. Distribución de casos de tracoma, por comunidad, Vaupés, 2011.



Fuente: Hollman Miller Hurtado, Programa ETV, SDS Vaupés, 2011.

- Se examinaron en total 131 personas. El 45,8% (60) corresponde a menores de 14 años. 36 de ellos (27,5% del total) corresponde a infantes de 1 a 9 años de edad. Se halló que el 91,7% de los infantes de 1 a 9 años tuvieron alguna forma clínica de tracoma. El 36.1% (13) presentaron Tracoma Inflamatorio Folicular (TF) y se encontró Tracoma Inflamatorio Intenso (TI) en el 50,2% (18).

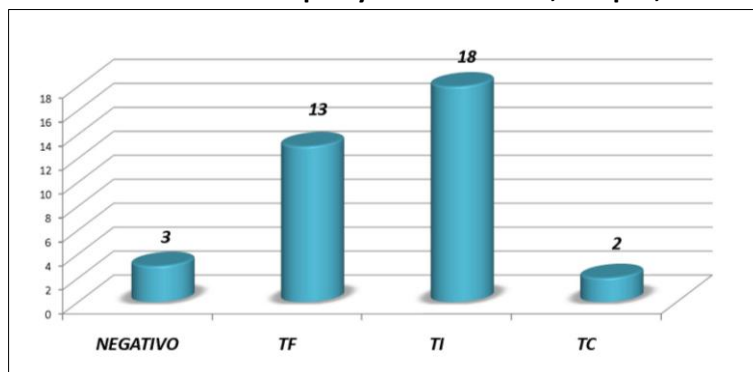
Gráfico 4. Incidencia de casos de tracoma en menores de 1 a 9 años, comunidades de San Joaquín y Santa Catalina, Vaupés, 2011.



Fuente: Hollman Miller Hurtado, Programa ETV, SDS Vaupés, 2011.

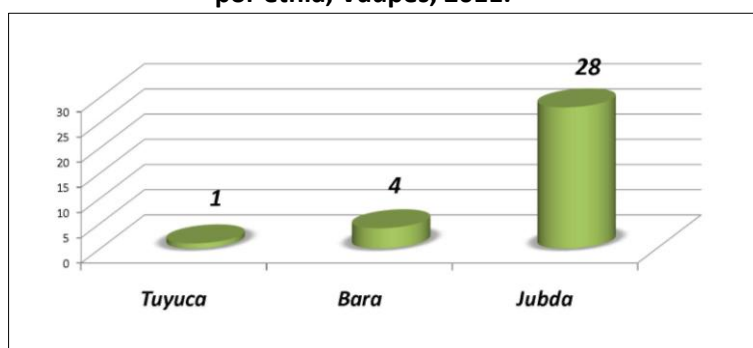
- La etnia que presenta el mayor número de casos, es la de los Jubda Makú donde se encuentran el 84,4% de los casos.

Gráfico 5. Formas clínicas de Tracoma en menores de 1 a 9 años, comunidades de San Joaquín y Santa Catalina, Vaupés, 2011



Fuente: Hollman Miller Hurtado, Programa ETV, SDS Vaupés, 2011.

Gráfico 6. Distribución de casos de tracoma en menores de 1 a 9 años, por etnia, Vaupés, 2011.



Fuente: Hollman Miller Hurtado, Programa ETV, SDS Vaupés, 2011.

- De acuerdo con los hallazgos, el próximo 10 de junio se realizarán cirugías con las frecuencias y porcentajes detalladas en la Tabla 5.

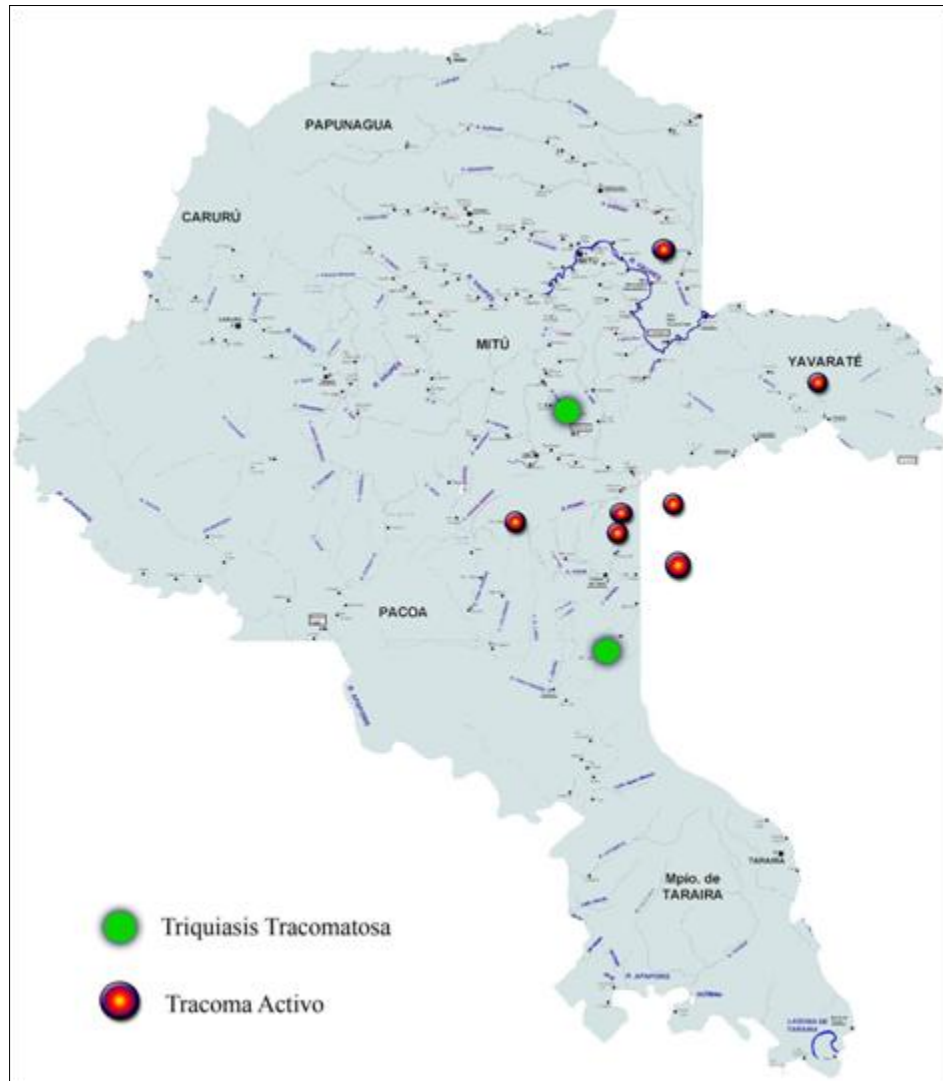
Tabla 5. Diagnóstico y frecuencia de los pacientes quirúrgicos a intervenir en junio de 2011, Vaupés, Colombia.

Diagnóstico	Frecuencia	%
Entropión	10	47,62
Entropión Leve	4	19,05
Entropión Moderado	2	9,52
Entropión Severo	2	9,52
Distriquiiasis	8	38,10
Distriquiiasis Leve	4	19,05
Distriquiiasis Moderada	0	0,00
Distriquiiasis Severa	1	4,76
Fibrosis	9	42,86
Edema	3	14,29
Opacidad Corneal (?)	3	14,29

Fuente: Hollman Miller Hurtado, Programa ETV, SDS Vaupés, Fernando Peña, 2011.

- Geográficamente hay dos localidades brasileras que tienen conexión directa con los casos de triquiasis en Vaupés: Umari, sobre el río Tiquié, y Ñandía, sobre el río Papurí. En Santo Domingo y Santa Isabel se encontraron casos de triquiasis.

Mapa 16. Distribución geográfica del tracoma en Vaupés, 2011



Fuente: Hollman Miller Hurtado, Programa ETV, SDS Vaupés,

Desafíos del Programa en Vaupés

- El abordaje binacional del foco es determinante. Se requiere con urgencia trabajar con las autoridades sanitarias de Brasil el abordaje del foco.
- Definir los límites regionales del foco a nivel fronterizo subnacional. Se desconoce el comportamiento de la onda de expansión del foco. Se necesita también hacer búsqueda en la frontera con Amazonas, con Caquetá, con Guainía y con el Guaviare. De hecho, se tienen indicios de que tanto en Guainía como en Amazonas existen casos de tracoma.
- Financiar el estudio de prevalencia es el principal reto, teniendo en cuenta los costos ya ejecutados. La Secretaría de Salud no alcanza a cubrir un porcentaje importante de estos costos.
- Además, se requiere la conformación de unos grupos para el estudio de prevalencia y para asegurar la cobertura y sostenibilidad de las medidas SAFE, para lo cual no sólo no se tiene muy clara la metodología sino que, adicionalmente, se requiere el restablecimiento de la red de servicios.

Panorama del Tracoma en Guatemala: situación, avances y desafíos

Presenta: Dr. Oscar Leonel Figueroa Rojas, Programa Nacional de Tracoma, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Generalidades

- La población total de Guatemala es de 14.5 millones de habitantes. El 57% es pobre y el 16% es extremadamente pobre. En 12 municipios, una de cada dos personas se encuentra en esa trágica situación. En estos municipios rurales e indígenas hay alta incidencia de pobreza extrema (según el censo del año 2002, el 44% se definen así). Se reconocen por Ley 25 dialectos y 4 pueblos: Mayas, Garífunas, Xinkas y Mestizos.

Situación epidemiológica del tracoma

- En Guatemala, el área endémica está localizada en el departamento de Sololá, área sur, boca-costa de los municipios de Nahualá y Santa Catarina Ixtahuacán. Con una población aproximada de 58.000 habitantes (censo de población INE 2002).

Mapa 17. Zonas con presencia de tracoma, Guatemala, 2011



Fuente: Ministerio de Salud Pública, Guatemala.

- El Proyecto de Detección de Tracoma en el área de Boca-Costa de Guatemala comenzó en 1992 lleva 18 años de permanencia, por el Benemérito Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala, en Alianza con OPS/OMS, CBM y la Asociación para la ayuda al Tercer Mundo (INTERVIDA, 1 año, Julio 2005 a Junio 2006).
- Las estadísticas desde 1994 hasta el 2001 muestran que en el departamento de Sololá fueron detectados 8.047 casos de tracoma, lo cual correspondió al 15,94% de las 50.482 personas tamizadas en esos 8 años (Tabla 6).

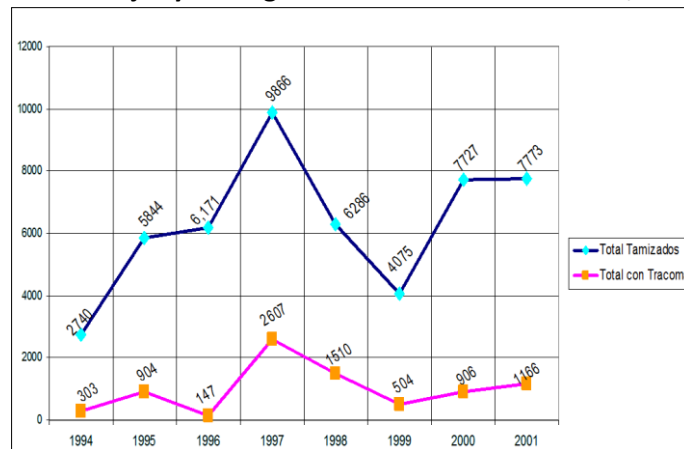
**Tabla 6. Casos de Tracoma por Estadio Dpto. Sololá
Programa Prevención de la Ceguera/CPCSG, 1994 - 2001**

Años	Total Tamizados	(TF)	(TI)	(TS)	(TT)	(OC)	Tracoma	% Tracoma
1994	2740						303	11,05
1995	5844						904	15,47
1996	6171						147	2,38
1997	9866	1573	527	473	29	5	2607	26,42
1998	6286						1510	24,02
1999	4075	330	132	35	7	0	504	12,37
2000	7727	564	253	75	14	0	906	11,73
2001	7773	805	171	172	17	1	1166	15,00
Totales	50.482	3.272	1.083	755	67	6	8.047	15,94

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Guatemala, Proyecto Tracoma.

- El pico más alto de hallazgos fue en 1997, cuando se inició la tipificación por estadios de la enfermedad. No obstante, para los años siguientes se presenta una tendencia ascendente en todas las formas de presentación, en especial en los últimos tres años, de 1999 a 2001, en virtud del incremento en los tamizajes, pues existe una estrecha relación entre el número de tamizajes y los hallazgos (Gráfico 7).

Gráfico 7. Tamizajes y hallazgos de tracoma en Guatemala, 1994 - 2001



Fuente: Ministerio de Salud Pública, Guatemala, Proyecto Prevención de la Ceguera

- En el departamento de Sololá se realizaron exámenes, por sectores, cuyas cifras totales fueron de 25.432 personas examinadas donde se encontraron 4.891 con tracoma en los seis años de esta fase del programa en los tres sectores. El 61% de los casos (2.979) se ubicaron en el sector 2 (Tabla 7).

Tabla 7. Tamizajes de Tracoma por sectores en el Departamento de Sololá, Guatemala, 2002 - 2007

AÑOS	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3	
	Examinados	Tracoma	Examinados	Tracoma	Examinados	Tracoma
2002	0	0	8,032	2,235	0	0
2003	2,417	729	395	101	0	0
2004	4,469	637	175	45	0	0
2005	2,683	123	0	0	0	0
2006	0	0	0	0	4,908	398
2007	0	0	2,061	598	292	25
Total	9,569	1,489	10,663	2,979	5,200	423
Total examinados	25,432		Total Tracoma		4,891	

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Guatemala, Proyecto Prevención de la Ceguera/CPCSG

- Se tienen también los resultados discriminados por grupos de edad para los tamizajes realizados en Boca-Costa, en el departamento de Sololá, durante el período 2002 a 2006, cuyos hallazgos muestran que la mayor frecuencia se presenta en los menores de 2 a 7 años, seguido por el grupo de 8 a 15 años (Tabla 8).

Tabla 8. Casos de Tracoma detectados por Tamizaje en Departamento Sololá, Boca-Costa, Guatemala, por grupos de edad, 2002 – 2006

Años	0 a 1	>1 a 7	>7 a 15	>15 a 40	> 40	Total
2002	92	798	320	406	328	1,944
2003	27	388	232	185	73	905
2004	26	274	192	80	148	720
2005	26	705	488	92	100	1411
2006	8	385	252	40	56	741
Totales	179	2,550	1484	803	705	5,721

Fuente: Benemérito Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala

Avances del Programa de Tracoma

- Se tiene el Plan Nacional de Prevención de la Ceguera con el acompañamiento de la Comisión Nacional para la Salud Ocular en Guatemala (Comité Visión 2020 Guatemala), aprobado en abril de 2010, actualmente en ejecución.
- En el Marco Legal de la Salud Pública, se tiene el Acuerdo Ministerial para la creación de la “Comisión Nacional de Salud Ocular”, aprobado recientemente, en mayo 2011.
- Se han definido las acciones para desarrollar el Plan Estratégico para la Disminución de la Ceguera.
- Se logró la participación del 2do Comité Centroamericano 2020.
- Se elaboró la Guía de la Oferta Nacional de los Servicios de Salud Ocular
- Se realizó la coordinación de actividades de capacitaciones de alto nivel a Residentes y Médicos Oftalmólogos, en asocio con ORBIS.
- Se han realizado coordinaciones de capacitaciones para formación comunitaria con CBM.

- Se diseñó el Proyecto EFA-VI, actualmente en proceso de aprobación, para apoyar la Salud Ocular y Auditiva en Guatemala.
- Se tiene ya el proyecto Prevalencia Tracoma Nacional en Guatemala y se tiene ya un completo Trabajo de Campo y un informe de Laboratorio.
- El Plan Nacional de Prevención de la Ceguera en Guatemala, cuyo objetivo general es el de contribuir con la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales evitables en Guatemala, y sus objetivos específicos son:
 1. Reducir la Ceguera causada por catarata
 2. Reducir la Prevalencia de la Ceguera causada por Retinopatía Diabética
 3. Reducir la incidencia de la ceguera debida al glaucoma de ángulo abierto
 4. Reducir la ceguera en niños debido a la retinopatía de la prematuridad
 5. Reducir la deficiencia visual mediante la detección y tratamiento de defectos de refracción no corregidos en escolares
 6. Prestar atención y servicios integrales relacionados con la baja visión para personas ciegas o con deficiencias visuales graves
 7. Eliminar la ceguera producida por opacidades corneales y perforaciones oculares
 8. Eliminar la ceguera producida por tracoma como un problema de salud pública, cuya meta es la de eliminar casos nuevos de ceguera causada por tracoma, reducir la triquiasis tracomatosa (TT) a menos de un caso por 1,000 habitantes y reducir el tracoma inflamatorio folicular y el tracoma inflamatorio intenso (TF y TI) a < 5% en niños de 1 a 9 años.
- Finalmente, se diseñó el Estudio en tres municipios del Departamento de Sololá y un municipio del Departamento de Suchitepéquez para determinar la Prevalencia del Tracoma en Guatemala, 2011.

Desafíos

- Darle continuidad y sostenibilidad al Programa Nacional de Salud Ocular
- Normar la atención integral en salud ocular, que contemple atención integral, acciones preventivas, manejo y detección oportuna.
- Orientación al individuo, a la familia y a la comunidad
- Erradicar el tracoma en Guatemala
- Atención en Salud Escolar (Aprobación y Realización del Proyecto EFA-VI)

Panorama del Tracoma en México: situación, avances y desafíos

Presenta: Dra. Alejandra Martínez Meneses, Subdirectora de Control de Enfermedades Tuxtla, Gutiérrez – México

Generalidades

- México está conformado por 32 Estados y 2.441 municipios en los cuales se ubican 192 millones de habitantes. El Estado de Chiapas cuenta con 4.572.000 habitantes y 118 municipios. Se localiza al sur de México, en la frontera con Guatemala.

Mapa 18. División político-administrativa de México.



Fuente: Gobierno de México

Situación epidemiológica del tracoma

- En México el tracoma hace parte de un grupo de enfermedades denominadas Enfermedades del Rezago. En el Estado Chiapas son 5 los municipios endémicos para el tracoma y 8 municipios a los cuales se les denomina vecinos, lo cual corresponde a aquellos municipios que, de alguna manera, tuvieron tracoma hace muchos años y donde se mantienen las acciones de vigilancia epidemiológica para demostrar la ausencia de la enfermedad.

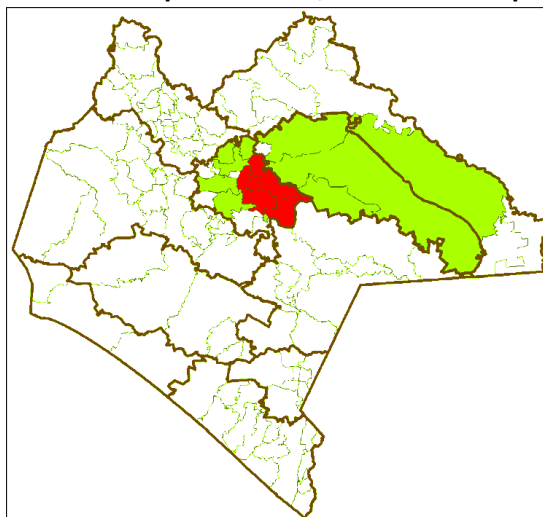
Cuadro 1. Antecedentes del Tracoma en México

Año	Antecedentes
1872	Por primera vez se hace mención de la presencia de Tracoma en México (Dr. Falk)
1887	Se reconoce la presencia de conjuntivitis folicular tracomatosa en todo el territorio nacional
1907	Dr. Francisco Valenzuela (Profesor de Higiene en la Facultad de Medicina de México) fue enviado a Egipto por el Dr. E. Liceaga (Director del Departamento de Salubridad Pública, para estudiar el Tracoma)
1906 a 1927	Se publica en el Diario Oficial de la Federación y el Código Sanitario, la prohibición expresa de permisos de ingresos al país de pacientes con Tracoma.
1962	Identificación de pacientes con Ceguera por Opacidad Corneal en pobladores del municipio de Oxchuc, Chiapas. Dr. Romero
1965	Aislamiento en México del agente causal. Dr. Toroella y Cols.
80's	La Organización Mundial de la Salud (OMS), declaración de zona endémica de Tracoma: municipios indígenas Tzeltales y Tzotziles de Oxchuc, San Juan Cancuc, Huixtán, Tenejapa y Chanal.
2002 - 2011	Iniciativa "Mejoramiento de las Condiciones Ambientales y de Salud en las Comunidades Indígenas" por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Chiapas. Se establece el Programa de Prevención y Control del Tracoma en el Estado de Chiapas; basados en la estrategia SAFE, recomendada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Fuente: Secretaría de Salud de Chiapas, México.

- A manera de antecedentes, en 1872 se mencionó por primera vez la presencia de tracoma, por el Dr. Falk. Posteriormente se tienen toda una serie de documentos donde se reconoce la presencia de conjuntivitis folicular tracomatosa. Luego se hicieron estudios a fondo sobre el tracoma. En 1962 se identificaron casos de ceguera por opacidad corneal en el Estado de Oxchuc y, prácticamente desde esa época es que se vienen intensificando las actividades en las zonas endémicas (Cuadro 1). Desde el 2001 se inicia el mejoramiento de las condiciones ambientales de salud en las comunidades indígenas, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud en el Estado Chiapas, y se establece el programa de Prevención y Control del Tracoma bajo la estrategia SAFE, con lo cual ya se llevan diez años de experiencia con esta estrategia.
- El Programa de Prevención y Control del Tracoma para el bienio 2011-2012, en virtud del cierre seccional de la administración gubernamental vigente, se tienen definidos los siguientes objetivos:
 - El Objetivo general: Eliminar el Tracoma (problemas de ceguera por tracoma) como problema de Salud Pública en el estado de Chiapas, para el año 2012.
 - Objetivos específicos:
 - Fortalecer la Vigilancia Epidemiológica, tanto en municipios endémicos como en no endémicos (los llamados vecinos).
 - Otorgar atención médica oportuna, integral y de calidad
 - Incrementar las acciones de Promoción de la salud para la prevención del Tracoma y el saneamiento básico de las viviendas. Estas dos acciones representan la mayor apuesta del Programa para este bienio.
 - Apoyar las iniciativas para mejorar la accesibilidad del agua.
- Los municipios endémicos en el Estado Chiapas corresponden a Chanal, Huixtán, Oxchuc, Tenejapa y San Juan Cancuc; y los municipios vecinos corresponden a Ocosingo, San Cristóbal, Chamula, Chalchihuitán, Chenalho, Pantelho, Altamirano y Chilón. El Estado de Chiapas lo conforman 10 jurisdicciones sanitarias en las cuales se dividen las acciones de salud pública. Los focos endémicos para tracoma en Chiapas corresponden específicamente a la jurisdicción sanitaria número 2, que es la de San Cristóbal de las Casas.
- Se tienen las cifras del desempeño del programa, año a año, en especial en los últimos tres años (2008 a 2010), gracias a lo cual se puede decir con certeza que no se tienen problemas de ceguera por tracoma. Los últimos 3 casos de ceguera se notificaron en 2007. Desde el 2008 ya no se han registrado casos de ceguera por tracoma. Para el 2008 se registraron 139 casos en los cinco municipios del foco endémico, siendo prioritaria la comunidad de Oxchuc.

Mapa 19. Zonas endémicas por Tracoma, Estado de Chiapas, México, 2011



Fuente: Secretaría de Salud, Estado de Chiapas.

Tabla 9. Casos Nuevos de Tracoma, por Municipio y por Fase Clínica, Chiapas, 2008

MUNICIPIO	T. F.	T. I.	T. C.	T. T.	O. C.	TOTAL
	casos	casos	casos	casos	casos	casos
Chanal	8	0	0	1	0	9
Huixtán	12	0	1	0	0	13
Oxchuc	34	0	17	5	0	56
Tenejapa	29	0	6	2	0	37
San Juan Cancú	18	0	6	0	0	24
TOTAL	101	0	30	8	0	139

Fuente: Programa de Prevención y Control del Tracoma. ISECH

- Las cifras de seguimiento para el 2009 no corresponden a éxitos sino a que se bajó la guardia y sólo se obtuvieron datos de Oxchuc, Tenejapa y San Juan Cancuc, con un total de 31 casos nuevos

Tabla 10. Casos Nuevos de Tracoma, por Municipio y por Fase Clínica, Chiapas, 2009

MUNICIPIO	T. F.	T. I.	T. C.	T. T.	O. C.	TOTAL
	casos	casos	casos	casos	casos	casos
Chanal	0	0	0	0	0	0
Huixtan	0	0	0	0	0	0
Oxchuc	12	0	0	0	0	12
Tenejapa	10	0	0	0	0	10
San Juan Cancuc	9	0	0	0	0	9
TOTAL	31	0	0	0	0	31

Fuente: Programa de Prevención y Control del Tracoma. ISECH

- En el 2010 se incrementó la vigilancia epidemiológica, con barridos, casa a casa, en los cinco municipios, con un incremento de casos activos, pero sin complicaciones de opacidad corneal ni casos que requieran cirugía. 59 casos correspondieron a menores de 9 años, de los cuales 32 provenían del municipio de Tenejapa, donde se encuentra actualmente el mayor foco.

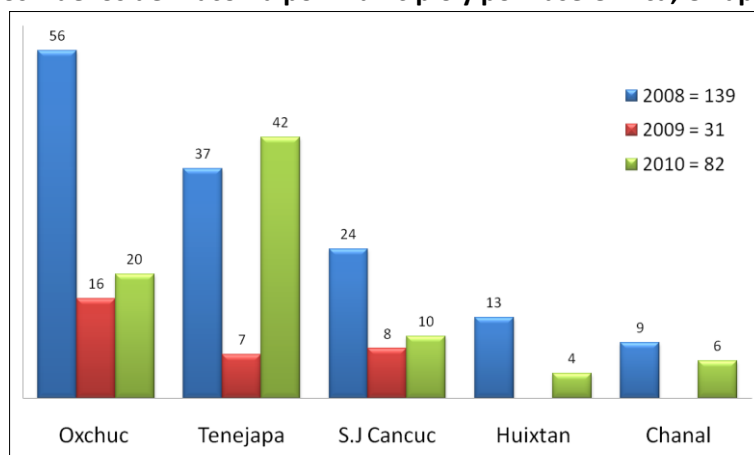
Tabla 11. Casos Nuevos de Tracoma, por Municipio y por Fase Clínica, Chiapas, 2010

Municipio	Tracoma Folicular (TF)	Tracoma Intenso (TI)	Tracoma Cicatrizal (TC)	Tracoma Triquiásico (TT)	Opacidad Corneal (OC)	Total
Tenejapa	41	0	1	0	0	42
Oxchuc	16	0	4	0	0	20
San Juan Cancuc	10	0	0	0	0	10
Huixtán	4	0	0	0	0	4
Chanal	5	0	1	0	0	6
Total	76	0	6	0	0	82

Fuente: Programa de Prevención y Control del Tracoma. ISECH

- En el Gráfico 8 se aprecia, por municipios, el comportamiento de los casos nuevos, año a año, en los últimos tres años, donde se evidencia la problemática en los municipios de Oxchuc y Tenejapa. En este último es donde se encuentra el mayor número de casos.

Gráfico 8. Casos Nuevos de Tracoma por Municipio y por Fase Clínica, Chiapas, 2008 – 2010



Fuente: SUIVE regional 2008 - 2010

- En lo relacionado con la prevalencia en estos cinco municipios, de 2002 a 2010, se tiene un total de 1.073 casos, de los cuales 136 casos corresponden a Tracoma Triquiásico que requieren cirugía. Estas cirugías se han venido realizando, pero algunos pacientes requieren más de una o dos cirugías porque se trata de cirugías reconstructivas. Adicionalmente, se presentan 56 casos de pacientes renuentes, quienes no aceptan ningún tipo de cirugía muy a pesar de haberlos convencido.

Tabla 12. Prevalencia de Tracoma por Municipio, según Fase Clínica, Chiapas, 2002 – 2010

Municipio	Tracoma Folicular	Tracoma intenso	Tracoma Cicatrizal	Tracoma Triquiásico	Opacidad Corneal	Total
Chanal	14	0	21	10	0	45
Huixtán	18	0	26	9	0	53
Oxchuc	77	0	435	90	2	604
Tenejapa	60	0	72	12	0	144
San Juan Cancuc	42	0	170	15	0	227
TOTAL	211	0	724	136	2	1,073

Fuente: Programa de Prevención y Control del Tracoma. ISECH

- En el 2010 se realizaron acciones de búsqueda activa en tres líneas: Se identificaron factores determinantes, tales como el tipo de suelo y el acceso al agua potable en la vivienda; se realizó el examen oftalmológico para la búsqueda intencionada de casos y se dio tratamiento profiláctico a casos y contactos. Para ello, se hizo barrido casa a casa, no sólo para encontrar los casos sino para identificar acciones de mejoramiento ambiental. Se revisaron 91.628 personas en 20.138 casas visitadas en los cinco municipios. El trabajo se llevó a cabo en 248 localidades, quedando pendientes 45 localidades más. Se detectaron los 82 casos nuevos en el 2010 y se entregaron 421 tratamientos, tanto a casos como a contactos. El mayor porcentaje de las acciones se desarrollaron en el municipio de Tenejapa, donde se tiene identificado el mayor foco para tracoma (Tabla 13).

Tabla 13. Actividades de Vigilancia Epidemiológica y Atención Médica, Chiapas, 2010

Actividad	Municipio					Total
	Huixtán	Tenejapa	San Juan Cancuc	Chanal	Oxchuc	
Población revisada	7,969	25,732	18,810	8,798	30,319	91,628
Casas visitadas	2,073	5,146	4,085	1,996	6,838	20,138
Loc. trabajadas	47	54	26	17	104	248
Loc. por trabajar	7	0	12	0	26	45
Casos detectados	4	42	10	5	20	82
Tratamientos otorgados	15	210	35	42	119	421

Fuente: Programa de Prevención y Control del Tracoma. ISECH

- En el 2010 las actividades quirúrgicas sumaron la cifra de las 60 personas con TT operadas, de un total de 136 casos de TT notificados. 56 de los casos de TT han sido renuentes. En el Estado se realiza, gracias a su posicionamiento, la Semana Regional del Combate al Tracoma, de la cual ya van 7 versiones anuales exitosas. En la más reciente se desarrolló una campaña quirúrgica en el Centro de Salud de la cabecera Municipal de Oxchuc, en la cual se intervinieron y re intervinieron a 19 pacientes.
- También, se desarrollaron actividades de Promoción de la Salud en el 2010 con un trabajo específico con escuelas, tanto con los maestros como con los niños, con quienes se realiza capacitación al personal docente y administrativo, talleres *carita limpia* a los alumnos y talleres de detección en todo el plantel. Fueron un total de 134 escuelas intervenidas, donde se revisaron 22.033 alumnos y se capacitaron 848 maestros, quienes a futuro realizan las acciones de canalización.

Tabla 14. Actividades de Promoción de la Salud frente al Tracoma en Escuelas de Chiapas, 2010.

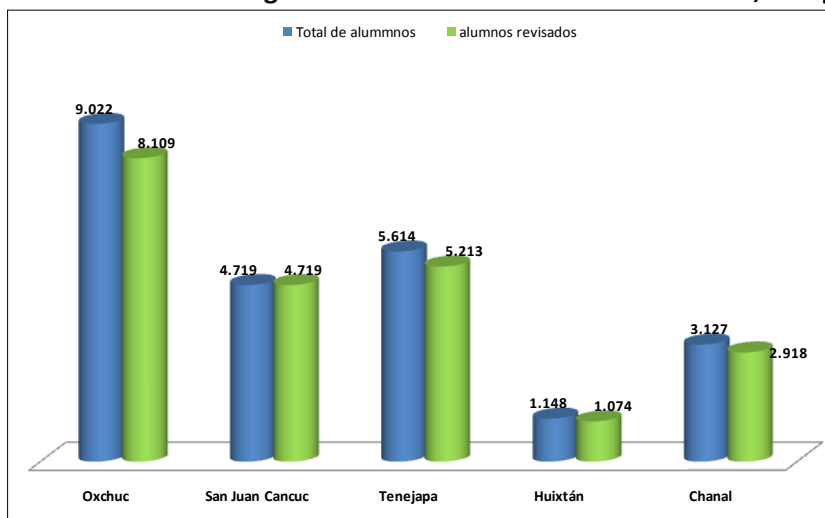
Actividad	Municipio					Total
	Huixtán	Tenejapa	San Juan Cancuc	Chanal	Oxchuc	
Promocionadas	6	34	21	12	61	134
Alumnos revisados	1,074	5,213	4,719	2,918	8,109	22,033
Maestros capacitados	53	239	157	91	308	848

Fuente: Programa de Prevención y Control del Tracoma. ISECH

- La cobertura de revisiones oftalmológicas fue superior al 90% de los alumnos en cada escuela y localidad. Quienes no se examinaron fue básicamente por ausencia escolar. De nuevo, el mayor foco de entidades escolares revisadas fue en los municipios de Oxchuc y Tenejapa. También se revisaron al 100% de los maestros, quienes a su vez quedaron capacitados y sensibilizados para su posterior seguimiento y referencia de casos nuevos (Ilustraciones 28 y 29).
- En relación con las actividades intersectoriales, con OPS se está trabajando desde hace 2 años en la implementación de la estrategia *Caritas Limpias* en las escuelas del municipio de Oxchuc, de la mano de expertos en cambios de hábitos. Con CONAGUA se está trabajando en la introducción del agua potable a los domicilios y las escuelas. Con el CDI se trabaja en acciones de Promoción de la Salud a través de las radiodifusoras regionales. Con SEDESOL se realizó la encuesta para detectar las necesidades de pisos firmes, cocinas ecológicas y letrinas para su intervención. Y con SECAM, se trata de implementar la construcción de corrales. Todas estas acciones se desarrollan en el marco

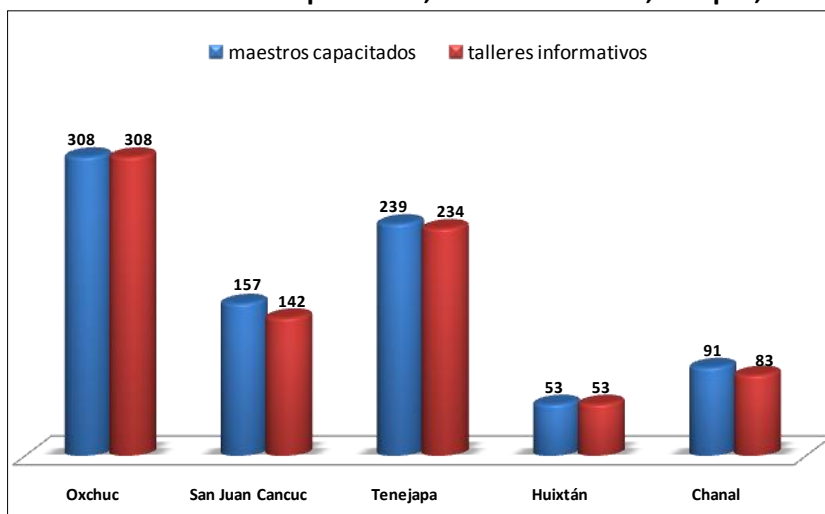
de la prevención, del empoderamiento y de las competencias de las instituciones que se vinculan de manera intersectorial al programa de tracoma y de prevención de la ceguera por tracoma.

Gráfico 9. Revisión oftalmológica en las escuelas de la zona endémica, Chiapas, 2010



Fuente: Programa de Prevención y Control del Tracoma. ISECH

Gráfico 10. Maestros capacitados, Talleres Tracoma, Chiapas, 2010



Fuente: Programa de Prevención y Control del Tracoma. ISECH

- La Semana Regional del Combate al Tracoma se realiza en la última semana del mes de octubre y se coordina de manera intersectorial con las municipalidades. Se realiza intensificación de las actividades de prevención y búsqueda intencionada de casos, promoción de la salud, talleres escolares (caritas limpias), capacitación, entre otras actividades, en el marco de una feria liderada por las autoridades municipales.
- En los denominados Municipios Vecinos se realizaron también actividades específicas en el 2010. Con el apoyo del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, se implementó una técnica de laboratorio para que, a través de un frotis ocular, se pudiera detectar la bacteria causante del tracoma. Se tomaron 1.248 muestras en los municipios de Ocosingo, San Cristobal, Chenaló, Chamula, Pantelhó, Altamirano y Chalchihuitán, en un total de 19 localidades. Se reportaron 43 casos positivos en 8 localidades. El mayor número de positivos se halló en las localidades de

Tenango y Altamirano. En un segundo momento se realizará la valoración de la búsqueda activa, para lo cual ya se tiene una planeación a través de la estrategia casa a casa, toda vez que las actividades antes descritas en las 19 localidades fueron aleatorias.

- Actualmente se tiene un proyecto demostrativo dirigido a las Enfermedades del Rezago en Chiapas, con apoyo del BID y la OPS y el aporte de recursos propios (58%): Hacia la Eliminación del Tracoma, Control de la Enfermedad de Chagas, la Leishmania y los Geo-Helminos y Fortalecer la Eliminación de la Rabia y la Oncocercosis. El Objetivo General de este proyecto es el de Contribuir a mejorar las condiciones de vida y salud de la población afectada por las enfermedades desatendidas en el estado de Chiapas; mediante la implementación de un modelo integrado, factible y sustentable para su control y eventual eliminación.

Los componentes de este proyecto, enfocado al tema del tracoma, comprende:

- Fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica y entomológica.
- Tratamiento preventivo y curativo para combatir las Enfermedades Tropicales Desatendidas (NTD).
- Capacitación.
- Movilización Social y participación comunitaria.
- Enfoque inter e intrainstitucional / gubernamental.
- Auditoria, supervisión, monitoreo y evaluación.

Los Objetivos Específicos de este proyecto contemplan:

- Contribuir al proceso de eliminación de la transmisión del Tracoma por medio de la reducción de la prevalencia e incidencia de casos clínicos.
- Disminuir el riesgo de transmisión de enfermedad de Chagas mediante la reducción de la población de triatóminos (vectores domiciliarios) y buscar las alternativas para evitar la transmisión transfusional.
- Conocer la magnitud real de la Leishmaniosis en sus cuatro formas clínicas y mejorar el conocimiento de los aspectos biológicos del vector e identificar grupos y factores de riesgo.
- Aportar en el proceso de interrupción de la transmisión de la Oncocercosis.
- Interrumpir la cadena de transmisión de la rabia canina y felina al humano.
- Favorecer la reducción de la prevalencia e intensidad de infección por Geohelminos.
- Mejorar las condiciones de higiene en la vivienda y hábitos de sus moradores.

Entre las Actividades contempladas por el proyecto en lo relacionado con el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica y entomológica, se proyecta:

1. Conocer la magnitud de la transmisión activa principalmente del Tracoma
2. Evaluar el impacto de las intervenciones en los cinco municipios endémicos
3. Conocer si existe transmisión activa de tracoma en los ocho municipios en riesgo
4. Conocer de la presencia, distribución y densidad de los vectores para Chagas y leishmaniosis, fortaleciendo el sistema de vigilancia epidemiológica y entomológica

(Mayor información frente a este proyecto, en lo relacionado con otras actividades y costos, se encuentra disponible en la presentación realizada por la doctora Alejandra Martínez, incluida en la USB entregada en la Primera Reunión Regional de los Gerentes de Programas de Eliminación del Tracoma, archivo: *6_Panorama Mexico.pptx*)

Sesión de preguntas o comentarios

Intervención del Dr. Fabio Edmundo Enriquez Miranda, Gerente General de la E.P.S. – I Mallamás, Colombia.

- Resalta la coyuntura del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, cuyo proceso de cambio atraviesa por numerosas dificultades que requieren de un espacio de discusión, en especial con el flujo de los recursos.
- Menciona la cobertura de la Aseguradora Mallamás, con presencia en doce departamentos pero que, en Vaupés, la presencia está limitada solamente al municipio de Mitú.
- Felicita los hallazgos de la Secretaría de Salud del Vaupés a través del trabajo desarrollado por el Dr. Hollman y lo compara con el trabajo en Cáncer, desarrollado por la EPS Mallamás en una comunidad de Cumbal, donde gracias a las citologías realizadas se evidenció la incidencia real del Cáncer en esa localidad.
- De las 23.144 personas del departamento, la Aseguradora cubre 7.000 personas ubicadas en el casco urbano del municipio; sin embargo, el hallazgo de casos de tracoma en zonas rurales remotas, afiliadas a Mallamás, quizá se deba a la misma movilidad de las personas.
- Enfatiza en que el problema de fondo está en el saneamiento, en la infraestructura, en las dificultades de acceso desde y hacia las comunidades indígenas, y en el abuso de algunas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, pues han encontrado sobrecostos que han desencadenado un conflicto con las aseguradoras en esa zona del país.

Pregunta 1: ¿Por qué en México el tracoma aparece circunscrito a una pequeña zona del Estado de Chiapas y en el resto del país no hay reporte de casos?

Respuesta 1:

- En 2010 se evidenció la fuerte actividad de esta enfermedad transmisible en el Estado de Chiapas, por eso se reactivó la búsqueda en aquellos municipios que denominamos vecinos, donde ya se encontraron casos. Esto motivó información hacia el nivel Federal, desde donde se planteó el programa 100 x 100, dirigido a los 100 municipios más pobres, con el IDH más bajo. De estos 100 municipios, 28 están en el Estado de Chiapas, dentro de los cuales se encuentran los cinco con presencia de tracoma. El Estado Federal se ha dado cuenta de este hecho y está motivando seguir la búsqueda intencional a todo el país. Se ha iniciado por visibilizar la problemática del tracoma y sus efectos en la comunidad, seguido de la vigilancia y de la búsqueda activa del tracoma en todo el país.

Pregunta 2: ¿Qué grupo de enfermedades están incluidas en los países en el programa de enfermedades desatendidas? ¿Cuál es el porcentaje de aporte económico desde el nivel nacional? ¿Desde qué área del sistema de salud se lidera el programa?

Respuesta 2:

- En Colombia no existe un programa de enfermedades desatendidas. El Instituto Nacional de Salud comienza a proyectarse como equipo desde las diferentes Sub- direcciones y con el Ministerio de la Protección Social y el apoyo de la OPS, con la elaboración del proyecto nacional. Implica ingresarlo como un evento nuevo en el Sistema de Vigilancia de la Salud Pública. Implica trabajar en equipo con el MPS. Se requiere iniciar búsqueda activa y priorizar en poblaciones vulnerables.

- En Brasil, la coordinación del programa de desatendidas se creó hace solo 5 meses. El criterio para inclusión de enfermedades en este grupo de desatendidas incluye, la no existencia de un programa regular ni de recursos específicos ni de una estructura encaminada a la prevención y a la atención. Incluye entonces a la Tuberculosis, el Dengue, la Lepra, la Oncocercosis, el Tracoma, la Esquistosomiasis, y la HelminCIAS. No obstante, los Estados tienen la libertad de incluir otras, como por ejemplo en el Estado de Pernambuco, donde se incluye la Rabia. Adicionalmente, se usa el laboratorio para la confirmación de la circulación de la chlamydia en un área geográfica, no para la confirmación diagnóstica.

Pregunta 3: ¿En Chiapas se está pensando en el *Dossier* para solicitar la certificación de la eliminación? ¿Han recibido asesoramiento de OMS o de OPS para este proceso?

Respuesta 3:

Si, se está trabajando con la OPS en México, a través de su oficina de terreno en Chiapas, para aportar todos los documentos que se exigen para certificar el cumplimiento de estos indicadores.

Pregunta 4: ¿Por qué en Brasil escogieron a niños en edad escolar para hacer el estudio de prevalencia? ¿Cuál es la tasa de matrícula en las escuelas en las áreas priorizadas?

Respuesta 4:

La selección de escolares se debe a dos motivos: accesibilidad y costos. La encuesta domiciliar tiene mayores problemas logísticos y de financiamiento. Adicionalmente, la mayor cobertura se tiene en los escolares, no así con los preescolares. La escolaridad es del 98%, por lo cual la muestra es apropiada. Se trabaja con infantes de 5º grado, de 7 años en adelante.

Pregunta 5:

¿Cuáles son los rubros más importantes considerados en México para el proyecto que se viene desarrollando en Chiapas?

Respuesta 5:

Un rubro importante es el del medicamento para el tratamiento, para lo cual se obtiene el apoyo en donación. Pero, el mayor costo se lo lleva la contratación de personal de campo y el combustible para el transporte, por tratarse de comunidades muy lejanas.

Recuerden que el indicador sobre el cual se va a medir la eliminación es la Triquiiasis Tracomatosa, no TF, y que el denominador no es población atendida sino la población total. En TF, el indicador es reducir la prevalencia a menos de 5% en niños de 1 a 9 años de edad.

Sesión 2. Marco general de la Estrategia SAFE y el desarrollo de encuestas de prevalencia como insumo para la toma de decisiones

La Estrategia SAFE: Aproximación conceptual.

Presenta: Dra. Norma Helen Medina, Directora Técnica de División del Centro de Oftalmología Sanitaria, CVE/SES – SP, São Paulo, SP Brasil

- Es necesario precisar antes lo relacionado con la clasificación de tracoma. En 1987 la OMS cambió la clasificación de Mc. Caban, que era I, II, III y IV. El cambio ya no se llama clasificación, para no generar confusión, sino que se trata de diferentes grados de tracoma, el cual fue unificado y, necesariamente se debe hablar con las mismas siglas, no importa el idioma o país que requiera usar esta gradación del tracoma. En ese orden de ideas, las letras correctas son TF, TI, TS, TT y CO.
- La Estrategia SAFE fue lanzada en 1997 por la OMS y organizaciones no gubernamentales en Ginebra, cuando se estableció que era posible eliminar el tracoma. Se estableció entonces una alianza global para la eliminación del tracoma, con una meta fijada para el 2020, entendida como la **Eliminación mundial del tracoma causante de ceguera** (Resolución WHA51.9). Para lograr esta meta, la OMS recomienda la estrategia integrada denominada **SAFE**, por sus siglas en el idioma inglés:
 - S = corrección quirúrgica de la triquiasis (*Surgery*).
 - A = tratamiento con antibióticos de los casos de tracoma activo (*Antibiotics*).
 - F = higiene facial (*Face-washing*).
 - E = mejoramiento ambiental para reducir la transmisión (*Environmental Improvement*).
- Lo primero es identificar los casos de triquiasis. Se entiende por Triquiasis Tracomatosa cuando, al menos una pestaña toca el globo ocular. Algunos oftalmólogos no están de acuerdo con la definición, pues consideran que se trata de una entropión cicatrizal, que se presenta también en casos de lepra o en adultos mayores. El hecho es que los casos de triquiasis tracomatosa no se encuentran en áreas urbanas sino en las áreas rurales, lo cual es más difícil y específico.
- El componente “S” – cirugía / tratamiento de la TT, consiste en la rotación tarsal bilateral que es el procedimiento que se recomienda localmente. Los resultados de esta cirugía implican la evaluación regular, a fin de verificar la presencia de recidivas, es decir, si la TT ha reaparecido, que se presenta en el 10% de los casos. Se debe ofrecer la cirugía a cualquiera que presente TT, de manera gratuita. En Brasil se realiza de manera gratuita independientemente del número de pestañas en contacto con el ojo.
- El Componente “A” – Antibióticos. Corresponde al tratamiento con antibióticos de los casos de tracoma activo. La mayor proporción de casos se presenta en menores de 1 a 9 años, quienes presentan un tracoma activo, ya sea TF o TI. Es importante hacer el diagnóstico diferencial, por ejemplo con la conjuntivitis alérgica, conjuntivitis viral o conjuntivitis bacteriana. La literatura dice que sistémicamente el tratamiento se hace con sulfa, Eritromicina, a dosis correcta de 50mg por kg de peso, cada 6 horas, por 3 semanas. Se usa también Doxiciclina, pero los infantes no la pueden usar. Otra alternativa es la Tetraciclina sistémica. Este manejo tiene problemas de reacciones adversas y problemas de adherencia por el tiempo del tratamiento y el número de dosis diarias. En Brasil se usa Azitromicina – 20 mg/kg de peso corporal – dosis oral única, máximo 1gr. La alternativa es la Tetraciclina 1% - ungüento oftálmico – 2 veces al día por 6 semanas. Tiene dificultades por el ardor y la técnica que debe usar la madre para garantizar su aplicación, pero si no se tiene Azitromicina, esta es la alternativa. Es económica y fácil de conseguir.

Se debe realizar una encuesta para conocer la prevalencia de base, que va a influir en la decisión del tratamiento. Las encuestas se deben hacer sobre poblaciones manejables. Si la prevalencia de TF en niños de 1 a 9 años en un distrito es de 10% o mayor, se debe aplicar el tratamiento masivo (Todas las personas del área o distrito) por cada año durante 3 años. Sólo así se podrá disminuir esa prevalencia

mayor del 10%. Después de los 3 años del tratamiento masivo se deberá realizar una nueva evaluación. Si la prevalencia de TF en niños todavía se mantiene en 10% o más, se debe seguir el tratamiento masivo.

Si la prevalencia es menor que 10%, se deben realizar nuevos estudios para determinar la prevalencia exacta de esta comunidad para hacerle el seguimiento en el Programa de Tracoma.

Si se tienen comunidades con prevalencia de TF en niños de 1 a 9 años en 5 - 9%, se implementa el tratamiento anual familiar hasta que esta prevalencia caiga por debajo del 5%.

En comunidades pequeñas (barrios, villas) con prevalencia de 10% o más, igual: Tratamiento masivo cada año por 3 años y llevar a cabo un nuevo estudio.

En comunidades en donde la prevalencia es de 5% o menos, el tratamiento masivo puede detenerse. Si la prevalencia en la comunidad es de 5% o más: el tratamiento anual debe continuar hasta que caiga por debajo del 5%.

- Lo más importante en el tratamiento antibiótico es lograr una alta cobertura para obtener buena efectividad del componente "A". Para tal fin, es pertinente tener el levantamiento de datos para el censo de la comunidad. Si se lleva tiempo trabajando en el proyecto, seguramente ya se tiene ese censo. Lograr al menos 80% de cobertura significa construir el indicador con el número de personas tratadas dividido por el número de residentes.
- Implementar tratamiento masivo implica establecer la cantidad de antibióticos necesaria para la actividad. Es crucial disponer suficientes antibióticos para el tratamiento de manera oportuna; determinar el objetivo anual del tratamiento; contar con las condiciones apropiadas de almacenamiento, el entrenamiento para la administración de la Azitromicina, entrenar en la forma de preparar la Suspensión; implementar medidas de supervisión desde la comunidad misma, y establecer el cronograma de tratamiento. Implica entonces un buen trabajo de sensibilización de la comunidad, informándoles sobre la enfermedad, su prevención y su tratamiento; informarlos sobre las razones del tratamiento con antibióticos, la duración en el tiempo y los diferentes métodos de tratamiento. Además, tener en cuenta criterios de inclusión y exclusión del tratamiento con antibióticos, por ejemplo, niños menores de 1 año, aunque la literatura y la experiencia en otros países hablan que se puede consumir a partir de los 6 meses de edad. La decisión de su uso en mujeres en embarazo queda en manos de los programas nacionales según sus lineamientos.
- Siendo que el tracoma es una enfermedad común en donde las condiciones ambientales no son las mejores, las moscas son el mejor vector, de tal manera que, donde hay muchas moscas, el tracoma se puede transmitir mucho mejor. Es por ello que el componente "F" no se limita al lavado de la cara sino que implica acciones de promoción de la salud: educar las personas sobre el tracoma y su transmisión, Incentivar la aceptación de la cirugía; aumentar la aceptación y adhesión a los antibióticos; fomentar la higiene facial; promover la higiene ambiental, en especial, convencer sobre cómo la mejoras en el entorno contribuyen a prevenir la transmisión del tracoma y otras infecciones. Se pueden utilizar diversos canales de comunicación para elevar el nivel de sensibilidad de la población e incentivar la aceptación de la cirugía y la adhesión al tratamiento. Además, se deben elaborar materiales educativos (carteles, folletos, rotafolios), preferiblemente con ellos mismos. Estos diversos canales de comunicación incluyen los lugares de culto, las reuniones de la comunidad en centros de salud, escuelas o salones comunitarios.
- El material debe hacerse, preferiblemente en sus lenguas o, si no leen, emplear estrategias apropiadas, de tal manera que se responda a sus inquietudes, en especial ante preguntas como:
 - ¿Qué se puede hacer para prevenir el tracoma? (Lavar / limpiar las caras de los niños con agua / toallas individuales por lo menos una vez al día, proporcionar el tratamiento adecuado de las personas infectadas; mejorar la higiene general de la casa y de la comunidad; convencer a la gente para la construcción de fosas sépticas y usarlas).
 - ¿Qué hacer con alguien con tracoma? (guiar los pacientes y sus padres para buscar tratamiento en el centro de salud más cercano; limpiar los ojos de las personas infectadas con agua limpia por lo

menos una vez al día, con toallas personales, sin mezclarlos con los del resto de la familia; avisar a los padres con triquiásis a buscar tratamiento, sin tardanza).

- ¿Cuál es la manera de la transmisión del tracoma? (el contacto directo de los dedos de un niño contaminado con uno sano; el intercambio de toallas, de los pañuelos o de otra tela utilizada para la limpieza de la secreción ocular; las moscas en los ojos (se contaminan en secreción ocular o nasal de personas infectadas, alcanzando personas sanas).
- En lo relacionado con el Componente “E” - Saneamiento ambiental, enfatizar en las medidas para reducir la transmisión por medio de la promoción de mejoras en la higiene personal y ambiental; mejorar los servicios de agua y saneamiento; incrementar el acceso de la población al uso de letrinas u otros métodos de disposición segura de excretas; mejorar el acceso de la población al agua, ya sea mediante la construcción de nuevas fuentes o de la readecuación de instalaciones en mal estado. En la medida de lo posible, utilizar tecnologías apropiadas, seguras y amables con el medio ambiente, en especial en lo referente al destino apropiados de los residuos, el uso de una red de alcantarillado; procesos apropiados para la eliminación de la basura, y en particular, la higiene ambiental para la eliminación de la basura acumulada. Para reducir el número de las moscas, además de la mejora de las condiciones ambientales, se debe complementar con soluciones más efectivas y duraderas para reducirlas. El control de las moscas permite mejorar algunos aspectos de la salud en la comunidad. Entre las acciones que permiten controlar las moscas, cabe mencionar: reducir o eliminar los focos de reproducción o criaderos; evitar atraer a las moscas en ambientes donde la gente vive; reducir del número de moscas que entran en casas y escuelas limitando el contacto con la gente mediante métodos de barrera, como las mallas o angeos; y finalmente, eliminarlas por métodos químicos y físicos. Existe todo un manual de la OMS con respecto a este tema.
- Finalmente, cada país debe identificar su realidad y evaluarla, para vislumbrar cómo va a implementar su estrategia SAFE, y considerar todos los métodos intersectoriales posibles de desarrollo comunitario en las zonas endémicas, en particular para que las poblaciones afectadas tengan mayor acceso al agua potable y al saneamiento básico. Adicionalmente, toda esta información se encuentra en la Guía para Gerentes de Programas de Tracoma, traducido por la OPS especialmente para esta reunión.

Presenta: Maria de Fátima Costa Lopes, Gerente del Programa Nacional de Tracoma en Brasil

Condiciones claves de éxito

- La coordinación al interior del sector de la salud es una condición fundamental para el éxito en la eliminación del tracoma como causa de ceguera; en especial, la adecuada coordinación entre las áreas de promoción y prevención en salud y el área de atención de la salud.
- La información es una herramienta importante para la identificación de los lugares que requieren intervenciones en salud pública de control para eliminar el tracoma como causante de ceguera, en especial aquellas comunidades con idéntico riesgo epidemiológico dentro de las poblaciones.

Pasos para determinar la carga de morbilidad

- Lo primero es realizar el diagnóstico de la situación del tracoma, con el objeto de:
 - Clasificar los lugares o zonas geográficas donde el tracoma es endémico. Se pueden utilizar datos o información de encuestas anteriores, informes escritos, registros hospitalarios de cirugías, entre otros, que nos dan pistas de la enfermedad en una comunidad.
 - Estimar la carga de morbilidad en las áreas de riesgo epidemiológico mediante la selección de una muestra sobre la cual se ha de desarrollar una encuesta de prevalencia. La gerencia del programa de tracoma definirá la metodología.
 - Desarrollar el protocolo para establecer el tamaño de la muestra. En el documento Guía de Gerentes de Programas de Tracoma, de la OMS, se describe la propuesta metodológica de las encuestas domiciliarias de prevalencia.
- Para la identificación de las áreas de mayor riesgo se realiza un análisis de todos los datos disponibles con los que podemos contar:
 - Se puede iniciar en las zonas donde ya se tiene información de que la prevalencia de la TF es superior al 10%.
 - Áreas donde se tenga ya información de la prevalencia de TT.
 - Lugares donde las condiciones de vida y salud son bastante precarios y deficientes;
 - Comunidades indígenas y rurales;
 - En Brasil se utilizan también los indicadores de riesgo de pobreza, que guardan relación estrecha para la definición del riesgo epidemiológico.
- Para la definición de los objetivos finales de intervención de la eliminación del tracoma nos valemos de los indicadores de prevalencia y de la definición de objetivos finales para cada uno de los componentes de la estrategia SAFE.
 - Indicadores:
 - Prevalencia de TT por menos de 1 caso/1.000 habitantes;
 - Prevalencia del tracoma inflamatorio a menos del 5% en niños 1-9 años de edad
 - Calcular el objetivo final para las necesidades de la estrategia SAFE: Cuántas actividades de cirugía, cuanto antibiótico se necesita, cuántas actividades de promoción y prevención y actividades de mejoramiento del medio ambiente y saneamiento, concretamente en letrinas, drenaje y acceso al agua potable.
- Para la definición de la Unidad de Ejecución de las actividades de control del tracoma, nos ceñimos a la Guía de la OMS, la cual recomienda, por razones logísticas y de control del trabajo, que la Unidad de Ejecución sea un distrito de 100.000 habitantes. Para poblaciones de riesgo con un millón de habitantes, por ejemplo, se hizo el ajuste y la división para que quedaran Unidades de Ejecución de 100.000 habitantes.
- Las dos actividades básicas para esta medición fueron: las encuestas de prevalencia del tracoma en niños de 1 a 10 años, y la evaluación del estado de la presencia de TT en adultos. Esto nos daría una

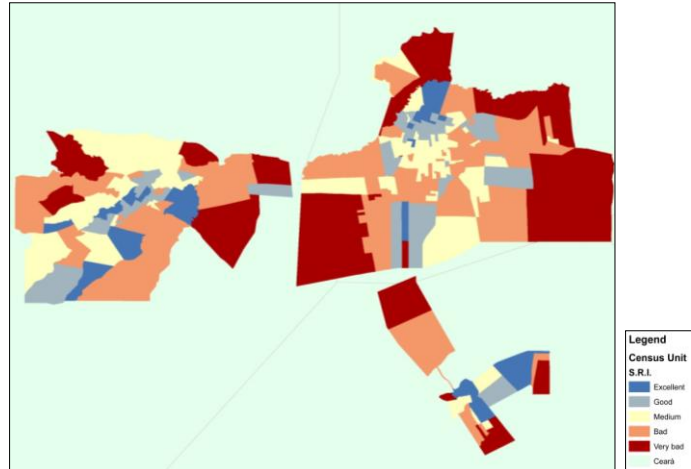
idea del diagnóstico de situación de las zonas de riesgo y el estado de la triquiasis en adultos, que podría mostrar una variación de la distribución y ocurrencia en determinadas Unidades de Ejecución. Es una experiencia en construcción, la cual lleva ya dos años de actividad, con sus respectivas discusiones.

- Para estimar la prevalencia de tracoma inflamatorio folicular (TF) en niños de 1-9 años, se tuvieron en cuenta:
 - Los datos de la encuesta sobre la prevalencia del tracoma en niños en edad escolar - 2002 hasta 2008.
 - Se utilizaron los datos de los servicios de rutina y de la literatura - las referencias bibliográficas.
 - Y la clasificación de municipios según el grado de riesgo epidemiológico en comparación con los datos de prevalencia y la historia de presencia de la enfermedad en el pasado. Esta clasificación es una innovación nuestra, producto de nuestra necesidad de acción en un país demasiado extenso.
- Para la clasificación de riesgo epidemiológico se tuvieron en cuenta unos criterios de inclusión que quedaron definidos así:
 - Riesgo 1:
 - municipios con una prevalencia del tracoma $\geq 5\%$ en los últimos 10 años;
 - áreas con casos de triquiasis por tracoma, tanto actuales como históricos de alta prevalencia en el pasado;
 - municipios que tienen áreas indígenas y las áreas restantes de los esclavos negros (“quilombolas”);
 - municipios con los peores indicadores de pobreza absoluta (ubicados en los quintiles 4º y 5º (Brasil-IBGE));
 - Riesgo 2
 - municipios con una prevalencia del tracoma $< 5\%$ en los últimos 10 años;
 - municipios sin casos de triquiasis por tracoma en las áreas actuales ni en el pasado;
 - municipios que no tienen las zonas indígenas ni áreas restantes de los esclavos negros (“quilombolas”);
 - municipios con mejores indicadores de la pobreza absoluta (1 a 3 quintiles - ranking Brasil-IBGE);
- La siguiente fase corresponde a la preparación del tamaño de la muestra. Después de la clasificación del riesgo de los municipios (riesgo 1 y 2), que es el momento actual, debido a la diversidad de tamaños de población y la prevalencia del tracoma, se desarrollarán las encuestas por conglomerados en las áreas de riesgo epidemiológico. Para ello, nos hemos organizado de la siguiente manera (Para los municipios clasificados como de riesgo 1):
 - Lo primero es la agrupación de aquellos municipios con población de menos de 100.000 habitantes en Módulos o Unidades de Ejecución de 100.000 habitantes.
 - Lo segundo es la selección de los municipios con una población de más de 100.000 habitantes, donde se requiere realizar el levantamiento de la cartografía de las secciones censales con los más altos indicadores de pobreza en estos municipios, a fin de elaborar los conglomerados, en los cuales quedarán definidos los Módulos o Unidades de Ejecución de 100.000 habitantes para el muestreo, ya sea por localidades, por barrios, por municipios o por regiones (ejemplo, región metropolitana).

En el Mapa 20 se puede apreciar un ejemplo de la cartografía de tres municipios con la clasificación de las áreas territoriales definidas por el Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística, en el cual se identifica el riesgo sintético, construido con base en las variables de la situación de saneamiento, educación, salud, vivienda, entre otras. La idea es hacer conglomerados con las áreas censales seleccionadas para determinar la muestra para la realización de la encuesta. Pueden ser de dos o tres

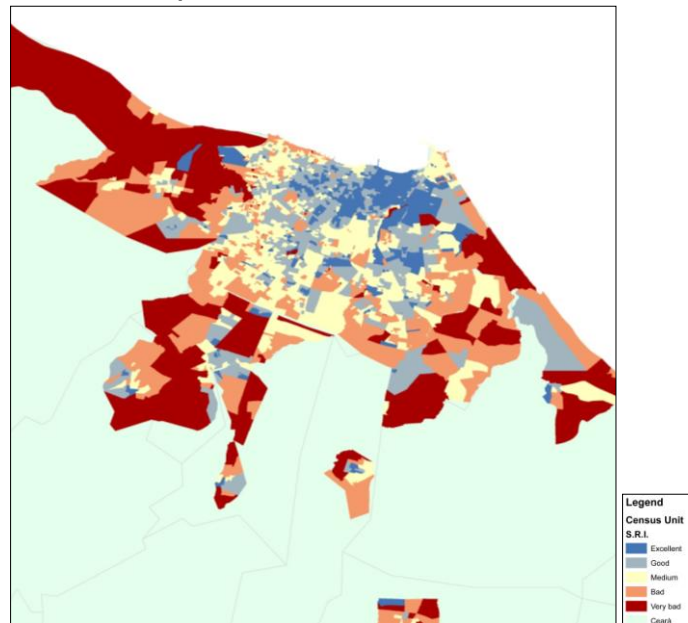
municipios, según el tamaño de la población; o pueden ser algunos sectores de un municipio más grande, como en el caso del municipio de Fortaleza, la capital del Estado de Ceará (Mapa 21).

Mapa 20. Indicador sintético de riesgo, municipios de Juazeiro, Crato y Barbalha, Estado de Ceará, Brasil, 2011.



Fuente: Gobierno de Brasil, IBGE, 2011

Mapa 21. Mapeo del indicador sintético del riesgo, municipio de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011



Fuente: Gobierno de Brasil, IBGE, 2011

- Para definir el tamaño de la muestra, se consideró una prevalencia del tracoma activo del 5% en niños de 1 a 9 años, y se adicionó un 10% para compensar las posibles pérdidas, para un total de 2000 niños en cada área prioritaria seleccionada para la encuesta. No obstante, el examen ocular de todos los residentes de los hogares seleccionados sería de aproximadamente 5.000 personas por Módulo o Unidad de Ejecución de 100.000 habitantes.
- Seguidamente, se realizan las estimaciones de los cálculos de las intervenciones para cada uno de los componentes de la estrategia SAFE. Para ello, se tiene en cuenta la población total del país, estimada

en 190 millones de habitantes (2010) distribuidos en 27 Estados y 5.565 municipios. De esta población, se trabaja con las cifras de interés:

- El total de la población en situación de riesgo 1 es de 38 millones de personas (en las ciudades con mayores niveles de pobreza absoluta -IBGE quintiles 4 y 5).
- El total de la población en las zonas pobres de las ciudades con gran población de riesgo 2, es de 10 millones de personas.
- El total de la población indígena es de 500.000 habitantes.

Para un gran total de 48.500.000 personas, que es la población en situación de riesgo, de los cuales, aproximadamente 9 millones corresponden a la población total de menores de 1-9 años de edad (18% de la población objetivo, aproximadamente).

Tabla 15. Prevalencia del tracoma en los municipios de la encuesta nacional de tracoma, Brasil, 2002 – 2008

Prevalencia de Tracoma en municipios	Norte	Nordeste	Sudeste	Sur	Centro Oeste	Total Brasil	%
Cero	35	172	38	39	21	305	20,1
> Cero < 5	128	290	80	79	63	640	42,3
5% - < 10%	69	136	28	72	30	335	22,1
≥ 10%	51	102	25	42	14	234	15,5
Total	283	700	171	232	128	1514	100

Fuente: Encuesta nacional de prevalencia del tracoma en estudiantes.

- Para la estimación de los cálculos de los componentes de la estrategia de intervención – SAFE, se utilizaron los datos de la encuesta nacional. Conocido el dato de que la población con una prevalencia de tracoma $\geq 10\%$ corresponde al 15% de la población total (Tabla 15), aplicamos este porcentaje para estimar la población esperada que habría de tener esta prevalencia, la cual será la población objetivo del Plan. Por ejemplo, para la estimación de los antibióticos requeridos para los tratamientos, se aplica este porcentaje del 15% sobre la población objetivo y se estiman las cantidades de tratamientos a incluir en el Plan (Tabla 16).

Tabla 16. Estimación del cálculo de las necesidades de antibióticos, Plan Nacional para la Eliminación del Tracoma como causa de ceguera, Brasil, 2011

Área de Riesgo	Población Total	Población de 1 a 9 años	Prevalencia TF $\geq 10\%$	Total tratamientos a niños de 1 a 9 años (por 3 años de tto.)	Total tratamientos en Masa (por 4 personas/flia.)
Riesgo 1	38.500.000	6.930.000	831.600	2.493.000	10.476.000
Riesgo 2	10.000.000	1.800.000	216.000	648.000	2.592.000
Total	48.500.000	8.730.000	1.047.600	4.190.400	12.571.200

(*) 15% de la población que se espera estén dentro del rango con una prevalencia de TF $\geq 10\%$, que corresponde a un cálculo del 12% de la población de niños con enfermedad (el 3% restante serían adultos)

Para este caso, se calcula que se requerirían 831.600 tratamientos para niños de 1 a 9 años en población caracterizada de riesgo 1. Como son tres años de tratamiento, serían 2.493.000 tratamientos para menores de 1 a 9 años. Y como se calculan 4 personas por familia, se requerirían 10.476.000 tratamientos para el tratamiento masivo durante los tres años.

- Para el cálculo de las cirugías por triquiasis, tomamos las prevalencias históricas conocidas (Mapa 22) y las llevamos a una hoja de cálculo (Tabla 17) y se aplicó esa prevalencia sobre el 20% de la población rural mayor de 14 años, lo cual nos dio un estimativo de aproximadamente 6.103 cirugías a realizar en las poblaciones objetivo identificadas.

Mapa 22. Triquiasis Tracomatosa (TT), Datos Bibliográficos, Brasil, 2002 a 2007

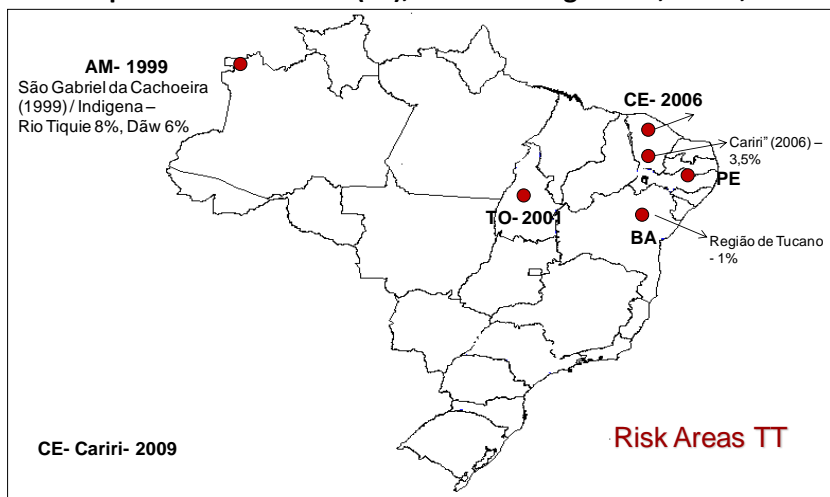


Tabla 17. Estimativos para el Cálculo del componente S (Cirugía) de la Estrategia SAFE

Antecedentes Históricos	Población Total	Población > 14 años	20% Población rural > 14 años	Prevalencia de TT (%)	Estimativo de TT
Región de Cariri – CE	528.381	422.704	84.540	2%	1.692
Sierra de Ibiapada – CE	299.453	239.562	4.791	1%	479
Nordeste de BA	424.100	301.152	6.023	1%	602
Oeste de PE	366.827	245.132	4.903	1%	490
Municipios con índice de pobreza absoluta en quintiles 4º y 5º	50.000.000	40.000.000	8.000.000	0,02%	1.600
Áreas Indígenas	Población Total Áreas de Riesgo	Población > 14 años		% Prevalencia TT	TT Estimado
	500.000	310.000		0,4%	1.240
BRASIL	52.118.761	41.558.550	8.450.257		6.103

Fuente: MS/SVS/DEVEP/CGDT/CDTV: Datos bibliográficos con las estimaciones de la prevalencia de TT con variaciones entre 0,02% y el 2%

Desafíos en la ejecución del Plan Nacional

- Dificultades para la realización del análisis de la situación para definir las zonas de riesgo, el diagnóstico y el tratamiento colectivo.
- Fragilidad de los sistemas de apoyo logístico.
- Integración con la atención primaria y otros niveles de atención;

Desafíos de la certificación

- Alcance de las Metas de Eliminación del tracoma como causa de Ceguera hasta el año 2015
- Prevalencia de TF < 5%
- Prevalencia de TT < 1/1000 habitantes en todo el territorio nacional

Estudio de Prevalencia de Tracoma en Guatemala, 2011.

Presenta: Oscar Leonel Figueroa Rojas, Programa Nacional de Tracoma, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.

- El Estudio de Prevalencia se realizó en tres municipios de Sololá y un municipio de Suchitepéquez, con la participación de las siguientes instituciones: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, CNE, Programa de Medicina Tradicional, Programa de Discapacidad, Áreas de Salud. Unidad de Salud de Pueblos Indígenas e Interculturalidad, Asociación Visualiza-AV, Benemérito Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala, Comisión Nacional de Salud Ocular (Comité 20/20), el Instituto Panamericano contra la Ceguera-IPC., Unidad Nacional de Oftalmología, Universidad Galileo, ONG Vivamos Mejor, Cooperación Médica Cubana, Wilmer Eye Institute, Johns Hopkins University-JHU, Cristoffell Blinden Mission-CBM y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud-OPS/OMS.
- Como antecedentes cabe mencionar que Guatemala cuenta ya con un Plan Nacional para la Prevención de la Ceguera, en respuesta a las Resoluciones WHA 56.26 y WHA 59.25 de la Asamblea Mundial de la Salud 2003 y 2006, respectivamente. Estos compromisos fueron ratificados en la reunión 49 del Consejo Directivo de la OPS, celebrada en Washington, D.C., en el 2009, mediante la Resolución CD49/19.
- El país apoya la iniciativa global para la eliminación de la ceguera prevenible (o evitable), en asociación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS) y en colaboración con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, nacionales e Internacionales. El Plan Nacional de Prevención de la Ceguera de Guatemala fue ratificado por el Señor Ministro de Salud y ha sido desarrollado por la Comisión Nacional para la Salud Ocular.
- A manera de justificación, el motivo primordial para realizar la presente investigación se debe a que existen evidencias tangibles, basadas en estudios clínicos realizados en el país, que sugieren una alta probabilidad de que exista el agente causal de tracoma en las comunidades rurales seleccionadas. Para tal fin, se definieron cuatro municipios como población objetivo para el estudio: tres del Departamento de Sololá (Nahualá, Santa Catarina Ixtahuacán y San Lucas Tolimán) y uno del departamento de Suchitepéquez (Santo Tomás La Unión).
- Para el planteamiento del problema se definió que “El tracoma es la primera causa de ceguera infecciosa prevenible en el mundo, causado por la *Chlamydia trachomatis*. Los más afectados son los menores de edad. Se presenta principalmente en zonas rurales de extrema pobreza, en hacinamiento y mala higiene, con presencia de agua contaminada y vectores favorecedores de la transmisión de la bacteria causal, principalmente en países en vías de desarrollo”.
- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS), no ha establecido una vigilancia epidemiológica, tratamiento y control de esta enfermedad, por lo cual es considerada dentro del grupo de enfermedades desatendidas, rezagadas, abandonadas y olvidadas.
- Las actividades relacionadas con el Programa de Tracoma están circunscritas a las evaluaciones clínicas y el tratamiento. No hay un método confirmatorio y específico de diagnóstico de laboratorio del agente causal incluido en estas actividades.
- El Objetivo General es el de “Determinar la prevalencia de *Chlamydia trachomatis* ocular en niños menores de 10 años de edad y en mujeres mayores de 40 años de edad, en tres municipios del Departamento de Sololá y un municipio del Departamento de Suchitepéquez de la República de Guatemala, de enero a diciembre de 2011”.
- Los objetivos específicos comprenden:
 - Determinar la prevalencia de *Chlamydia trachomatis* ocular en niños de 1 año a menores de 10 años y mujeres mayores de 40 años de edad, en 3 municipios de los Departamentos de Sololá y un municipio de Suchitepéquez.
 - Determinar la prevalencia de triquiasis (TT) en mujeres mayores de 40 años de edad, en 3 municipios de los Departamentos de Sololá y un municipio de Suchitepéquez.

- Se lanzó la siguiente hipótesis: “La prevalencia de *Chlamydia trachomatis* ocular en niños menores de 10 de edad, en las comunidades de los municipios Nahualá, Santa Catarina Ixtahuacán, San Lucas Tolimán, del Departamento de Sololá, y en el municipio de Santo Tomás La Unión de Suchitepéquez, es de 10%, así como la prevalencia de Triquiasis en mujeres de 40 años de edad, en esas mismas comunidades es mayor de 1/1000 habitantes”.
- Del financiamiento, cabe mencionar que se obtuvo el apoyo de la OPS-OMS, la Johns Hopkins University – JHU, y Cristoffell Blinden Mission –CBM. Otros aportes al estudio lo constituyen el compromiso por escrito de las instituciones de la Comisión para la Prevención de la Ceguera 2020, con sus aportes de talento humano, vehículos, pilotos e insumos.
- El tipo y diseño de investigación fue definido como:
 - Análisis estadístico, basado en observación cuantitativa descriptiva.
 - Estudio de Prevalencia y Pruebas Diagnosticas.
 - Investigación Operativa.
 - Descripción de Variables y comparaciones.
 - Búsqueda de patrones y tendencias.
- Para el muestreo, los mapas fueron obtenidos por cada distrito, con la ubicación de las aldeas en las comunidades, de acuerdo con la ubicación geográfica (sur, centro, norte). De ellos se escogieron 15 comunidades elegidas al azar, con probabilidad proporcional al tamaño. De Santo Tomás La Unión se tomaron al azar tres comunidades de este distrito del grupo norte de la comunidad.
- El principal criterio de elegibilidad definido para cada hogar fue el de tener uno o más niños entre 1 y 9 años de edad, o una mujer de 40 años o más. Si se cumple el criterio en cualquiera de las categorías, el miembro del equipo del censo realiza la encuesta y los requisitos de participación, incluyendo el consentimiento informado y asentimiento Informado.
- En la recolección de datos, el encargado del Censo ingresa en la Boleta específica las características de cada hogar y toma datos de todos los residentes elegibles, incluyendo la edad, el género y el grupo étnico. También anota la información concerniente a la toma de muestra, si califica para ello.
- Se conformaron cinco equipos de investigación, quienes fueron capacitados por personal calificado de la John Hopkins University. Cada equipo incluye: un evaluador ocular para tracoma, un técnico de laboratorio, un agente comunitario de salud, un piloto y un digitador.
- Para la Clasificación de los estadios de Tracoma se usó la cartilla diseñada por la Organización Mundial de la Salud, mediante la cual se evalúa la presencia o ausencia de los cinco signos de tracoma: TF (tracoma folicular), TI (tracoma inflamatorio intenso), TS (cicatrización tracomatosa), TT (triquiasis tracomatosa) y CO (opacidad corneal) (Anexo 3)
- A todos los niños con TF y/o TI se les hizo un hisopado de la conjuntiva superior izquierda para la detección de *C. trachomatis*. Cada equipo contaba recipientes de "hisopado al aire" y se elegía al azar una muestra aleatoria del 5% de los hisopos como un control de calidad para corroborar la ausencia de contaminación de muestras.
- Los hisopos se mantuvieron en frío en el termo de vacuna, y en congelación en las Jefaturas de Área, hasta su envío al sitio central, al finalizar la encuesta. Todas las muestras fueron enviadas al laboratorio internacional de *C. trachomatis* en la Universidad Johns Hopkins, con la asistencia del Laboratorio Nacional del MSPAS.
- Resumen de la Investigación:
 - Sobre un total de 48 comunidades, se realizaron 2.675 encuestas en sendas viviendas. Fueron evaluados 3.695 menores de 10 años y 1.299 mujeres mayores de 40 años. Como resultado, se encontraron 109 muestras de casos de niños con sospecha de tracoma (Tabla 17).
 - En Santo Tomás La Unión no se encontraron casos de tracoma activo ni de triquiasis. Hubo 2 casos de TS en mujeres mayores de 40 años, para un porcentaje del 2,2%.
 - En San Lucas Tolimán, la prevalencia de tracoma activo en niños menores de 10 años es de 1,5%. La prevalencia de TT en mujeres de 40 años y mayores es de 3%.

- la prevalencia de tracoma activo en niños menores de 10 años es de 3,4%, confirmada la *C. trachomatis* por laboratorio en un caso. La prevalencia de TT en mujeres de 40 años y mayores es de 1,1%.
- En Sta. Catarina Ixtahuacán, la prevalencia de tracoma activo en niños menores de 10 años es de 5,7% confirmando en laboratorio la *C. trachomatis* en 4 de los casos. La prevalencia de TT en mujeres de 40 años y mayores es de 1,8%.

Tabla 18. Resultados y actividades de Investigación de Prevalencia de Tracoma en cuatro municipios de los departamentos de Sololá y Suchitepéquez, en Guatemala, 2011

Nº	Municipio	Departamento	Nº de comunidades	Total de viviendas encuestadas	Niños menores de 10 años evaluados	Mujeres mayores de 40 años evaluadas	Muestras a niños sospechosos de Tracoma
1	San Luca Toliman	Sololá	15	873	1.185	398	17
2	Santa Catarina Ixtahuacán	Sololá	15	823	1.069	342	53
3	Nahualá	Sololá	15	807	1.262	467	39
4	Santo Tomás La Unión	Suchitepéquez	3	172	179	92	0
Total			48	2.675	3.695	1.299	109

Lugar	Prevalencia de Tracoma activo niños < 10 años	Laboratorio # de casos PCR positivo	Prevalencia de triquiasis en mujeres de 40 y mas años
Santo Tomas la Unión	0%	0	TT: 0% TS: 2,2%
San Lucas Tolimán	1,5%	0	TT: 3%
Nahualá	3,4%	1	TT: 1,1%
Sta. Catarina Ixtahuacán	5.7%	4	TT: 1,8%

Fuente: MSPAS, Guatemala, 2011

- En conclusión:
 - Los casos de triquiasis sugieren que ha habido tracoma activo en el pasado en los municipios examinados.
 - Se deberán organizar programas para hacer cirugía a los casos de triquiasis
 - Ninguno de los municipios que participaron en la encuesta se acerca a la prevalencia del 10% de tracoma activo.
 - La mayor parte de los casos se concentran en dos sub- municipios Santa Catarina Costa y Nahualá Costa donde la prevalencia es mayor de 5% y donde hay comunidades con prevalencias mayores de 10%
 - Se confirmó la presencia de *C. Trachomatis* por PCR en algunos casos.

- Se deberá hacer un plan de acción para tratar el tracoma activo especialmente en los sub-municipios con mayor prevalencia.
- Se deberán implementar programas de provisión y uso del agua y de saneamiento ambiental.

En el Anexo 3 se comparte la ficha utilizada en Guatemala para la encuesta domiciliaria.

Sesión 3. Análisis de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas acerca de los componentes de la Estrategia SAFE en los cuatro países

Vaupés – Colombia:

Análisis DOFA del componente “S” de la Estrategia SAFE.

Cuadro 2. Análisis DOFA del componente “S” de la Estrategia SAFE en Vaupés, Colombia, 2011

	Fortalezas	Debilidades
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> Existen previamente identificados 21 personas candidatas para Cirugía por TT, realizado por el Dr. Hollman Miller de ETV de la Secretaria de Salud Departamental. La ESE Hospital San Antonio apoyara con los insumos faltantes para la cirugía programada para Junio del 2011 en el Vaupés. Mallamás se compromete a garantizar el Albergue para los pacientes que van a ser intervenidos por TT El procedimiento de la cirugía, está incluido en el POS, por lo tanto será financiado por las EPS. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta definir la meta final de intervención para las cirugías por TT. No tenemos el lineamiento de una Guía para la Cirugía de TT Debilidad en la articulación de acciones para garantizar las Cirugías para TT. Falta de recursos para posteriores cirugías por TT identificados por la Secretaria de salud del Vaupés. Falta de personal de supervisión post- cirugías, para el seguimiento. Falta de recursos para garantizar el control a los 15 días (retiro de puntos) y para el seguimiento anual de los pacientes operados (vuelos, combustible, albergue, personal). Falta de recursos para el traslado de los pacientes para llevar los pacientes a Mitú para Cirugía por TT La renuencia de los pacientes para la Cirugía por TT. Falta identificar más casos de TT por falta de recurso humano en la red rural para la búsqueda. El albergue no tiene las condiciones sanitarias para albergar los pacientes mientras se reintegran las comunidades, a menos que contrate con los albergues habilitados sanitariamente como "Maloka". Falta de acceso a los servicios de salud en la zona rural del departamento del Vaupés.
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> Brasil nos puede ayudar a calcular la meta de intervención de Cirugías de TT. Brasil tiene en medio magnético una guía de manejo en Cirugía por TT, en portugués. La patrulla aérea apoyará el 10 de junio del 2011 al Departamento del Vaupés en desarrollar las Cirugías por TT, con apoyo de un (1) oftalmólogo, insumos y equipos. El Club de leones tiene la disponibilidad para capacitar al personal médico para el seguimiento de los pacientes post-quirúrgicos. El Club de leones puede apoyar en la traducción de las guías para Cirugía por Tracoma de Portugués a español. 	<ul style="list-style-type: none"> Áreas remotas y la dispersión poblacional de las personas con el problema de Tracoma ocular, incrementando los costos para su atención.

Cuadro 3. Análisis DOFA del componente “A” de la Estrategia SAFE en Vaupés, Colombia, 2011

	Fortalezas	Debilidades
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> Tenemos datos de prevalencia de las comunidades foco con tracoma ocular en el departamento del Vaupés. El departamento del Vaupés, cuenta con el 100% de los censos poblacionales urbanos y del 100% de las comunidades del área rural 	<ul style="list-style-type: none"> Se desconoce la prevalencia en las demás comunidades del Departamento del Vaupés. Falta definir la cantidad de antibiótico necesaria. No se cuenta con un Plan para la ejecución del suministro de antibióticos. No existe personal capacitado y entrenado para suministrar el antibiótico como personal supervisor. Falta de personal para realizar la identificación y búsqueda de tracoma como personal entrenado en el tema y en los cuidados visuales (Prevención de ceguera y salud visual). Falta definir los registros, el almacenamiento de los antibióticos. Falta de materiales de información, educación y comunicación en tracoma ocular para comunidades indígenas. Falta recursos para desarrollar la sensibilización a la comunidad en Tracoma (personal –pedagogo o antropólogo- e insumos). Falta manual de manejo del antibiótico en español. Alta rotación del personal de manera constante en la IPS Pública. Falta definir las rondas de tratamiento que requiere el departamento del Vaupés y el cronograma respectivo. No hay cobertura de prestación de servicios de salud en el área rural, ni recursos suficientes para garantizarlo de manera permanente (12 meses del año). La Azitromicina no está incluida en el Plan Obligatorio de Salud de Colombia.
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> Brasil tiene disponible un manual para el manejo de los antibióticos. Se puede contar con el apoyo de la Iniciativa Internacional para el Tracoma, ITI, para la adquisición del antibiótico mediante donación, para lo cual se debe demostrar el Plan de Intervención y la capacidad logística. Para la implementación, se puede contar con el apoyo de Lions International. Se pueden crear alianzas con las sociedades colombianas de oftalmología. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de voluntad política en desarrollar programas de atención primaria en Salud. Desde el nivel nacional no existen un programa como tal para la enfermedad desatendida del Tracoma ocular

Análisis DOFA del componente “F” de la Estrategia SAFE.

Cuadro 4. Análisis DOFA del componente “F” de la Estrategia SAFE en Vaupés, Colombia, 2011

	Fortalezas	Debilidades
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> Existen un diagnóstico de Salud Ambiental en el 100% de las zonales del Vaupés. El PIC del departamento incluye 3 ámbitos: Familiar, escolar y comunitario que incluye la intervención de prácticas claves en AIEPI - Higiene personal y lavado de cara. Existe en la Secretaria de Salud del Vaupés, el profesional Universitario que apoyaría la producción de material de IEC. Existe la metodología y experiencia de desarrollar programas a través de la radiofonía. En el Plan de Salud Territorial del Vaupés, está incluido la formulación de planes de salud ambiental comunitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta recursos para impresión de material y promover expandir la estrategia de educación. No hay material elaborado de IEC. No hay abogacía con el sector Educación para reforzar acciones de Escuelas saludables. Hay debilidad para la gestión de proyectos. Falta de herramientas de gestión y abogacía para el trabajo con otros sectores.
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> Se puede incluir el tema en la mesa de concertación indígena. Posibilidad de plantear proyectos con el DNP para proyectos de educación. Se puede articular la estrategia de "Lavado de cara" con los Hogares de Bienestar del ICBF. Es posible incluir el tema "lavado de cara" en las reuniones zonales y/o comunitarias. Se puede articular la estrategia de "Lavado de cara" con familias en Acción. Es posible Incluir la estrategia de educación de "lavado de cara" de las mujeres vigías del Pira-Paraná. Se puede incluir la estrategia de educación de "lavado de cara" con las mujeres Promotoras de vida de la Gobernación del Vaupés. 	<ul style="list-style-type: none"> No se determinó ninguna amenaza

Cuadro 5. Análisis DOFA del componente “E” de la Estrategia SAFE en Vaupés, Colombia, 2011

	Fortalezas	Debilidades
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> • En el Plan de Salud Territorial del Vaupés, está incluido la formulación de planes de salud ambiental comunitarios a través del proyecto de Seguridad Sanitaria y del ambiente. • Se tiene identificado las necesidades de Salud ambiental para las comunidades indígenas. • La disponibilidad de agua en las comunidades indígenas es cercana proveniente de ríos y caños. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se socializa el diagnóstico de salud ambiental anual con los otros sectores.
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Por lo menos, de las 17 zonales, 4 zonales tienen tasa sanitaria en las comunidades. • Existe un Plan departamental de Aguas para el Vaupés. • El gerente del Plan departamental de agua, tiene habilidades efectivas para la consecución de recursos. • Buscar la ruta con el MPS de gestión de proyectos para mejorar las condiciones sanitarias de las escuelas de manera efectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existen pocos recursos de las gobernaciones y alcaldías para mejorar las condiciones de manejo de excretas. • Faltan recursos y voluntad política para mejorar las condiciones sanitarias de las escuelas • Las escuelas del Vaupés, no han apropiado la estrategia de "Escuelas saludables". • En las comunidades con letrina o tasa sanitaria, el uso de las mismas, es débil. • Existen múltiples árboles frutales cerca las viviendas. • En promedio, el 90% de la población indígena no tiene disposición de basuras, se realiza a campo abierto. • En la mayoría de las comunidades, la disposición de excretas: es a campo abierto.

Análisis DOFA del componente “S” de la Estrategia SAFE.

Cuadro 6. Análisis DOFA del componente “S” de la Estrategia SAFE en México, 2011

	Fortalezas	Debilidades
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> • Se tienen identificadas las metas de intervención quirúrgica. • Se cuenta con un Plan Anual de Intervenciones Quirúrgicas. • Se tiene personal Certificado para la realización de cirugías • Se cuenta con material quirúrgico e insumos necesarios para las cirugías • Se cuenta con un sistema organizado para el desarrollo de cirugías • Las cirugías son gratuitas para la población • Existe personal capacitado para realizar el seguimiento quirúrgico a los pacientes operados Existe un registro nominal de casos quirúrgicos para dar seguimiento puntual • Existe el sistema de brigadistas capacitados y certificados para el diagnóstico de Triquiasis 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un método para hacerle seguimiento a la calidad de las cirugías a largo plazo • No existe una sistema de Salud cercano a las localidades más lejanas de la zona endémica • No existe una programación de búsqueda activa de casos en los municipios fronterizos con Guatemala • Procesos de solventar recursos para reconquista de pacientes (trabajo burocrático y administrativo)
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Existe el soporte de nivel Federal y Estatal (empoderamiento) ante el programa de Tracoma • Nivel federal ha destinado un equipo de Trabajo para el Programa de Tracoma 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo cultural de la Población a la cirugía • Distancia del paciente hacia donde están los Servicios quirúrgicos • No existe materiales, manuales, guías para entrenamiento de cirujanos.

Cuadro 7. Análisis DOFA del componente “A” de la Estrategia SAFE en México, 2011

	Fortalezas	Debilidades
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con un sistema de distribución de medicamentos anual a pacientes nuevos con tracoma y a sus contactos • El antibiótico se encuentra ya dentro del Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). • Se cumple con los criterios establecidos dentro del programa para la administración del antibiótico (Azitromicina). • Posibilidad de verificar la capacidad de dar tratamiento a todo caso de tracoma que lo necesite. • Realizamos reportes semanales y concentrados mensuales en el Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica nacional (SUAVE). 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de personal para revaloraciones (ausentes, etc.). A pesar de contar con un equipo extramural para los 5 municipios, se dificultan las valoraciones de las personas ausentes pues no se cuenta con un segundo equipos para estas valoraciones. • Vehículos insuficientes para la distribución del medicamento en las localidades. • Combustible escaso para la movilización.
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con la disposición de la OPS para que continuemos contando con el antibiótico necesario para tracoma. • Estamos en el proceso de elaboración de la descripción de cómo se ha desarrollado el programa en los últimos 10 años para la futura certificación. • Estamos también en la elaboración de los procesos y los indicadores de cobertura, que también está relacionado con la futura certificación de eliminación del tracoma como causa de ceguera. 	<ul style="list-style-type: none"> • No contar con una guía estandarizada de tratamiento.

Análisis DOFA del componente “F” de la Estrategia SAFE.

Cuadro 8. Análisis DOFA del componente “F” de la Estrategia SAFE en México, 2011

	Fortalezas	Debilidades
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> Existe un programa estructurado para el lavado de manos y cara enfocado a maestros y alumnos de las escuelas de la zona endémica. Caritas limpias Promotores de Salud Se cuenta con un Manual de capacitación de Promotores y Rotafolio para información a la población. Se realiza Teatro guiñol y perifoneo en las localidades en lengua materna en las localidades de la región. 	<ul style="list-style-type: none"> Existen lugares en donde se han implementado los sistemas de agua sin embargo no se ha logrado sensibilizar para su uso en la Higiene Facial.
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> Usar el Presupuesto del Programa de Promoción de la Salud para las actividades de Tracoma. 	<ul style="list-style-type: none"> Épocas de sequia o falta de agua en algunas localidades para realizar las actividades de higiene personal.

Análisis DOFA del componente “E” de la Estrategia SAFE.

Cuadro 9. Análisis DOFA del componente “E” de la Estrategia SAFE en México, 2011

	Fortalezas	Debilidades
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con una Secretaria Estatal y Nacional del Agua (CONAGUA). Monitoreo de sistemas de agua de la localidad por Regulación COEPRIS Jurisdiccional. Censos de vivienda por parte de la SEDESOL para la búsqueda de mejoras en la vivienda. Programas de Mejora en la vivienda a los municipios de la zona endémica. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de información y datos de los sistemas de agua en las localidades de la región por CONAGUA (regionalización). Aunque existen letrinas en algunas localidades no se les da el correcto funcionamiento.
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> Los días 16 y 17 de junio se tiene programada una reunión con OPS, autoridades de CONAGUA nacional y estatal para determinar estrategias. Los ODM como derecho constitucional. Convenios con SEDESOL Estrategia 100 x 100, que consiste en la focalización de acciones en los 100 municipios más pobres 	<ul style="list-style-type: none"> La defecación a ras de suelo y no cubrirlas es un foco de transmisión.

Análisis DOFA del componente “S” de la Estrategia SAFE.

Cuadro 10. Análisis DOFA del componente “S” de la Estrategia SAFE en Brasil, 2011

	Fortalezas	Debilidades
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> • Se tienen médicos oftalmólogos capacitados para realización de las cirugías • La técnica quirúrgica está definida • El tracoma está incluido en el sistema de vigilancia epidemiológica • Voluntad de los estados y de los actores para intervenir en el problema • Personal entrenado para la identificación de los casos • Red hospitalaria bien distribuida en algunas áreas del país • Existencia de grupo de oftalmólogos asesores del componente “S” (cirugía) del Ministerio de la Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para definir la meta final de intervención • Identificación y Localización de los casos de TT • Dificultades de acceso a los servicios por los pacientes • Traslados de pacientes • Logística acompañamiento pos operatorio • Transporte de los equipos • Dificultades para seguimiento post-quirúrgico • Recursos financieros escasos • Estructura de los servicios de salud para ofrecer cirugía no definida en todas las áreas del país • Ausencia de un Comité o de un Plan Nacional de Prevención de la Ceguera • Rechazo de algunas personas a la cirugía
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Investigaciones realizadas que generan datos de prevalencia • Tracoma como enfermedad prioritaria en el elenco de actividades del Ministerio de la Salud en Brasil • Lions Internacional - Sight First • ITI 	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas remotas con dificultades de acceso extensión territorial • Falta de acceso a los servicios de salud

Cuadro 11. Análisis DOFA del componente “A” de la Estrategia SAFE en Brasil, 2011

	Fortalezas	Debilidades
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> • Se tiene medicamentos para tratamiento • Manual de Control de tracoma definido • Personal entrenado para diagnóstico y tratamiento en varias localidades • Alta cobertura de programas de salud de la familia • Buena integración con departamento de atención a la salud indígena • Tracoma incluido en el sistema de vigilancia epidemiológica • Tracoma incluido como enfermedad estratégica del Ministerio de la Salud – enfermedad desatendida • Apoyo de laboratorio para insumos y diagnóstico para Inmunofluorescencia directa para <i>Chlamydia Trachomatis</i> • Existencia de Plan Nacional de Eliminación del Tracoma como Causa de Ceguera en fase final de elaboración 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación y localización de las comunidades que necesitan tratamiento en masa. Aunque se tiene un mapeo, aún existe dificultad para la localización de las comunidades que requieren el tratamiento en masa. • Dificultades logísticas y financieras – transporte y viáticos para realización de encuestas domiciliarias • Áreas con déficit de recursos humanos entrenados para el diagnóstico y el tratamiento • Dificultades de acceso a los servicios por los pacientes en áreas rurales e indígenas • Necesidades de profesionales de salud en atención primaria para diagnóstico • Alta rotación de los profesionales entrenados • Déficit de canales de comunicación de campañas de divulgación • No hay disponibilidad de material educativo específico para poblaciones indígenas • Dificultades para la realización de actividades de supervisión y monitorización de la situación epidemiológica • Necesidad de apoyo de laboratorio para PCR
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> • El tracoma aparece como enfermedad estratégica y está contenida en el Plan Nacional de Erradicación de la Pobreza en Brasil • El Programa de Atención a la Salud Escolar del Ministerio de la Educación es una oportunidad para la integración • Alianzas con las sociedades de oftalmología 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para la legitimidad en el diagnóstico y el tratamiento por profesionales no médicos- Ley del Acto Médico, en tramitación en el Congreso Nacional • Creencia que el tracoma fue erradicado. Oftalmólogos no creen que existe tracoma y no fueron entrenados para diagnóstico

Cuadro 12. Análisis DOFA del componente “F” de la Estrategia SAFE en Brasil, 2011

	Fortalezas	Debilidades
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de atención a la salud escolar del Ministerio de la Educación. • Buena disponibilidad de materiales educativos para los escolares (folders y carteles). • Alta cobertura de programas de salud de la familia. • Articulación con las organizaciones indígenas y equipos de atención indígena. • Capacitación y sensibilización de agentes comunitarios de la salud - atención primaria y agentes de salud indígenas. • Buena cobertura de computadoras en la red escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> • No disponibilidad Material educativo específico para poblaciones indígenas. • Frágil integración con el sector educacional en lo relacionado con las intervenciones de salud en el contexto transversal del los currículos. • Baja integración con otras enfermedades relacionadas con la higiene corporal – articulación transversal con otras enfermedades – diarrea. • Deficiente material de medios, CDs y DVDs para sensibilización de los profesores para trabajo educacional y para su utilización con los estudiantes. • Deficiente articulación para el desarrollo de metodologías de sensibilización de la comunidad escolar. • Deficientes condiciones de la vivienda y baja disponibilidad de materiales de higiene en áreas muy pobres en especial en áreas indígenas. • No hay suficiente recursos financieros y numerosas dificultades burocráticas. • Deficiente abogacía entre la salud y la educación para el desarrollo de actividades de educación en la salud - falta de herramientas entre los trabajadores de los sectores de la educación y la salud. • Falta de herramientas de abogacía entre los trabajadores de los sectores de la educación y la salud. • Deficientes hábitos de uso apropiado del agua y de limpieza de las viviendas.
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Articulación con canales de comunicación - radios y canal de TV escolar en el Ministerio de la Educación. • Articulación con las organizaciones indígenas y entidades que trabajan con niños - Pastoral de la Infancia y otras entidades. • Articulación con otros actores sociales - asociaciones comunitarias e indígenas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sostenibilidad de las condiciones de vida y salud de las comunidades más pobres y desatendidas.

Cuadro 13. Análisis DOFA del componente “E” de la Estrategia SAFE en Brasil, 2011

	Fortalezas	Debilidades
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamiento integrado del área de la salud y del sector de saneamiento de los gobiernos para el financiamiento del sector de saneamiento en las áreas prioritarias de los planos estatales. • Prevalencia de tracoma como criterio para financiamiento de proyectos de saneamiento, mejoras ambientales y acceso al agua. • Posibilidad de incentivar la información de desarrollo sostenible en las escuelas y comunicación en los canales de comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente integración entre el planeamiento del sector de la salud y las áreas de saneamiento del gobierno. • Altos costos de financiamiento para la identificación de las necesidades. • Bajas condiciones de vida e higiene en las viviendas. • Presencia de moscas al interior de las habitaciones y disposición inadecuada de las excretas y las basuras. • Deficiente cantidad y uso incorrecto de las letrinas. • No existencia de campaña de uso correcto de las letrinas. • Deficientes condiciones sanitarias de las escuelas y de las comunidades rurales e indígenas.
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Tracoma como enfermedad estratégica incluida en el Plan Nacional de Erradicación de la Pobreza en Brasil- con componentes de saneamiento, mejoras ambientales y acceso al agua. • Mejoras de saneamiento y mejoras ambientales en la escuela. • Campaña de uso correcto de las letrinas. • Posibilidad de articulación con las áreas de saneamiento del Ministerio en las ciudades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manutención de las condiciones de saneamiento las comunidades más pobres y desatendidas

Análisis DOFA del componente “S” de la Estrategia SAFE.

Cuadro 14. Análisis DOFA del componente “S” de la Estrategia SAFE en Guatemala, 2011

	Fortalezas	Debilidades
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> • Ya contamos con la prevalencia dada del estudio con Mujeres con TT. • Anuencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. • Se cuenta con equipo técnico para elaboración de la normativa para la atención integral de tracoma (basada en la estrategia SAFE) la normativa incluirá la atención de otras afecciones oculares. • Se puede tener el espacio físico para poder montar el equipo de cirugía en los espacios de los establecimientos de salud o unidades móviles. 	<ul style="list-style-type: none"> • No contamos con Presupuesto. • No se tienen meta última final de intervención. • Desconocimiento de toda la prevalencia del País. • No se cuenta con Plan Anual tracoma. • No hay Oftalmólogos MSPAS. • No hay manuales de entrenamiento y seguimiento para Cirujanos. • No hay insumos, equipos, ni el personal calificado
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Comisión Nacional Para la Prevención a la Ceguera (comité 2020) • Hay cirujanos suficientes en la Comisión 2020, para ser utilizados. • Facilitadores comunitarios • Cocodes, Municipalidades, Comisiones de Salud Gubernamentales y no Gubernamentales. • Guatemala a nivel internacional es reconocido por tener tracoma y puede tener contar con el financiamiento de la cooperación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta instalaciones adecuadas para la utilización de cirugías o móviles. • No hay certeza que estén certificados • Barrera Cultural • Idioma. • Ubicación Geográfica. • Cambios Políticos. Fortalecimiento de Política • No existe conciencia para el abordaje de Tracoma

Cuadro 15. Análisis DOFA del componente “A” de la Estrategia SAFE en Guatemala, 2011

	Fortalezas	Debilidades
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> • Contamos con el estudio de la prevalencia. • Se mantiene una buena relación con las Comunidades y éstas se encuentran sensibilizadas en relación con el tema. • En el Ministerio se cuenta con la instalación y toda la infraestructura necesaria para el resguardo de los medicamentos • Los equipos del MSPAS serán capacitados y tiene buena cobertura. • La Azitromicina se contempla dentro el listado de medicamentos de MSPAS • Hay posibilidad de Elaborar la Normativa para incorporarse en el Programa de Salud Ocular 	<ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta personal capacitado para la entrega de medicamentos. • No se han establecido las guías y protocolos para inicio tratamiento y cuándo suspenderlo.
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Poder conocer la experiencia de México, el intercambio en esta reunión y los canales de comunicación abiertos. • El apoyo de la OPS-OMS • Comisión Nacional para la Prevención a la Ceguera (Comité 2020) • Asesoría de técnica y donación de medicamento de ITI • Posibilidad de asesoría de otros Cooperantes como John Hopkins, CBM, Club de Leones. 	<ul style="list-style-type: none"> • El Cambio Político de este año en el País. • La falta de Guías en Español • Falta de tiempo para el cumplimiento de las metas.

Cuadro 16. Análisis DOFA del componente “F” de la Estrategia SAFE en Guatemala, 2011

	Fortalezas	Debilidades
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> • Usar los recursos existentes del MSPAS para la promoción en Salud. • Se cuenta Normado la técnica de Lavado de manos, y también el de cara. • Equipo de Promoción y educación en salud. (Proedusa - MSPAS) • Personal de salud Comunitario (Promotores, facilitadores y educadores comunitarios) • Coordinación con Departamento de Capacitación. (DECAP) • Agua y Ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta su financiamiento para la reproducción de materiales. • El personal no está capacitado para educar en Tracoma. A un no se tiene validado el material de cara.
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Convocar a una asamblea. Con los Promotores comunitarios y Facilitadores del MSPAS • Coordinación Autoridades Municipales y líderes comunitarios. • Coordinación con el Ministerio de Educación. Escuelas, Colegios e Institutos. • Buena relación con las Grupos Culturales, Alianzas estratégicas locales con ONGs - Cuidado del medio ambiente • COCODES/ Comisiones de Salud. • Campaña de divulgación por Radio o Tv, Cable local e Internet, Prensa Local. • Despliegue de información de Salud Ocular enfocados a también a Tracoma en Carteles, Afiches, Trifoliales. Etc. • Puntos clave de la comunidad apoyados por las Iglesias en General. • Existencia de Guías de otros países e instituciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento del uso racional del agua • Mala cobertura en la distribución de agua

Cuadro 17. Análisis DOFA del componente “E” de la Estrategia SAFE en Guatemala, 2011

	Fortalezas	Debilidades
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> • Los municipios tienen un Plan de agua y letrinas de las Municipalidades y el MSPAS tiene un control de la calidad del agua. • El Ministerio Ambiente y el Ministerio de Agricultura y Ganadería, y la Segeplan tienen un control de abastecimiento de agua y controles de calidad del país. • Su cuenta con el personal de Saneamiento Ambiental que trabaja para MSPAS. • Agua y Ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Mala distribución de agua y letrinas • Tala inmoderada • Falta educación de reforestación • Adecuación de Viviendas y ubicación poblacional.
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Sugerir de ODM 7 • Autoridad locales con Voluntad 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoridades locales sin voluntad • Barreras culturales. • Estilos de vida no saludables • Mal manejo de desechos. • Se propicia otras enfermedades. • Perdida de agua de algunos lugares del país.

Sesión 4: Planes integrados para la eliminación del tracoma

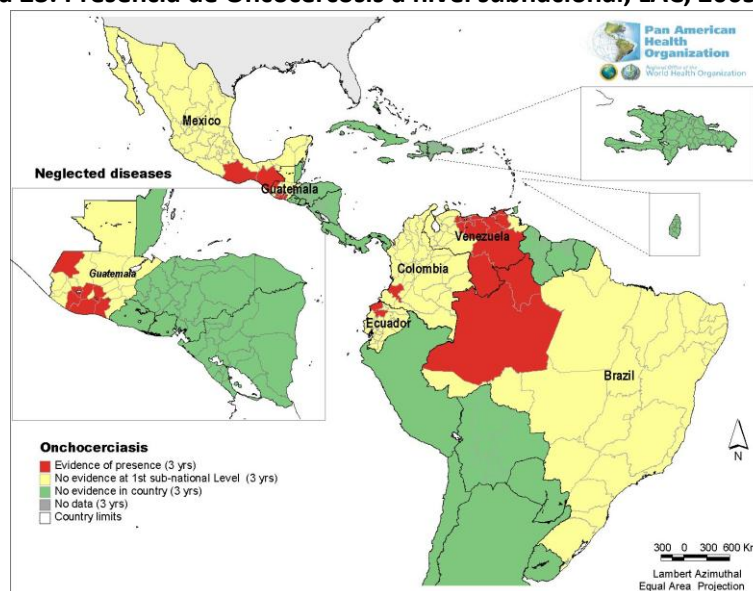
Presenta: Martha Idalí Saboyá, Programa Regional de Enfermedades Desatendidas, Organización Panamericana de la Salud.

- Estamos trabajando el tema del tracoma en virtud de la Resolución⁵ que firmaron los Ministerios de Salud en el 2009, mediante la cual se adquirió el compromiso de establecer programas para enfrentar las enfermedades desatendidas. Para lograr este propósito se requiere la estructuración y ejecución de los Planes Integrados de Enfermedades Desatendidas, de los cuales algunos países ya tienen alguna experiencia. En México se trabaja un Plan Integrado en el cual se incluye el Tracoma, en el Estado de Chiapas. En Brasil, se tiene un Proyecto Integrado en Recife, donde tres municipios están trabajando, en un solo paquete, varias de las enfermedades desatendidas.
- Se dice que son enfermedades desatendidas porque: 1) Son un grupo de enfermedades que se suponía que habían desaparecido, que se tenía un tratamiento, se tenían formas de prevenirlas y de controlarlas, pero no fue así. Y en estos momentos son enfermedades restringidas a áreas muy pobres, muy alejadas o marginadas, sin voz y sin voto. Son problemas heredados desde la época de la esclavitud. Afectan a grupos altamente vulnerables, como pueblos indígenas, minorías étnicas, mujeres, niños; y en el caso de adultos, tienen un alto impacto en el desarrollo socioeconómico y en la productividad de las zonas afectadas.
- El marco de trabajo es muy grande. Lamentablemente los trabajadores de la salud no conocemos del tema, pues enfermedades como la oncocercosis o la esquistosomiasis, son desconocidas. Se requiere entonces recuperar el marco conceptual para hablar el mismo idioma.
- El marco normativo parte de la Resolución CD49.R19 de 2009 y existe toda una alianza regional, de la que Brasil y México ya están recibiendo un apoyo importante para estos proyectos demostrativos de Planes Integrados, que es la alianza entre la Red Global para las Enfermedades Desatendidas, liderada por el Instituto de Vacunas Sabin, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización Panamericana de la Salud. Esta red realiza gestión de recursos de los países donantes para que coloquen fondos en el Fondo Fiduciario para las Enfermedades Desatendidas, con miras a que en un futuro sean los mismos países los que presenten propuestas de acciones en este tema, para su financiamiento.
- Existen numerosas publicaciones de la OPS en torno al tema de las Enfermedades Desatendidas las cuales se encuentran disponibles en la Web www.paho.org, donde se encuentra información epidemiológica, protocolos, guías, imágenes, entre otras.
- Recientemente se ha lanzado una iniciativa titulada “Un Llamado a la Acción: Hacer frente a helmintos transmitidos por el contacto con el suelo en América Latina y el Caribe”, publicado en 2011 (BID, Sabin/GNNTD, OPS). Las geo-helmintiasis son un gran foco de trabajo, y en cualquiera de las Enfermedades Desatendidas que se trabajen se debe unir el tema de los geo-helmintos, que comprende al *Áscaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* y Uncinarias dado el altísimo impacto que tienen en el crecimiento y desarrollo de los niños. Por supuesto que el tracoma también está incluido en este plan de trabajo, con iniciativas como “Visión 2020, el derecho a ver: Eliminar la ceguera evitable al año 2020” y “GET 2020: Alianza para la eliminación Global del Tracoma al año 2020”. La Organización Panamericana de la Salud, como secretariado de los países, está obligada a apoyar técnicamente a los Estados Miembros para avanzar en el logro de estos objetivos. Uno de esos apoyos es, precisamente, esta Reunión Regional de Gerentes de Programas de Eliminación del Tracoma.
- La Resolución CD49.R19 que firmaron los Ministros de Salud clasifica las Enfermedades Desatendidas y otras enfermedades infecciosas relacionadas con la pobreza, en dos grandes grupos:
 - Grupo 1: Enfermedades con meta de eliminación (las que podemos eliminar).

⁵ Resolución de OPS: CD49.R19 (2009) eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas relacionadas con la pobreza

- Grupo 2: Enfermedades cuya carga de enfermedad puede ser reducida drásticamente con las herramientas disponibles (las que podemos controlar).
- Otras: Enfermedades para las cuales se requiere evaluación de la carga (mapeo), se requiere desarrollar herramientas, métodos y estrategias para lograr el control. No son ni para control ni para eliminación.
- En el Grupo 1: Enfermedades infecciosas desatendidas con meta de eliminación, están incluidas: la Filariasis linfática, que produce elefantiasis; la Oncocercosis, que produce ceguera de los ríos; el Tracoma, que produce ceguera; la Enfermedad de Chagas; la Rabia humana transmitida por perros; la Peste; la Lepra/Hanseniasis; la Malaria; el Tétanos neonatal y la Sífilis congénita. La Malaria no entra como desatendida propiamente dicha, pues hay un programa que aún cuenta con buenos recursos humanos, técnicos y económicos; sino que entra como una de las infecciosas relacionada con la pobreza.
- El Mapa 23 muestra la situación actual de la Oncocercosis, con 13 focos localizados en México, Brasil, Venezuela, Colombia, Ecuador y Guatemala. Son focos pequeños, restringidos geográficamente. A finales de 2010 se declaró interrumpida la transmisión en 8 focos: 2 en México, 3 en Guatemala, 1 en Colombia, 1 en Ecuador, 1 en Venezuela. En 2011 la transmisión puede ser interrumpida en 2 focos más: Chiapas sur y Guatemala central. Se mantiene la cooperación técnica con los países endémicos y con la colaboración con OEPA y Centro Carter, con fines de eliminación.

Mapa 23. Presencia de Oncocercosis a nivel subnacional, LAC, 2005–2007



Fuente: OPS 2007

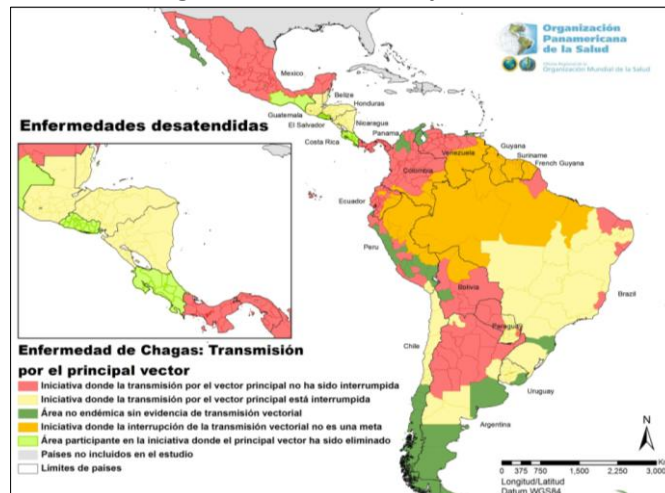
- La Enfermedad de Chagas es otro de los problemas de salud pública que tiene la Región y que implica un gran esfuerzo para cumplir con las metas de la Resolución. El interés actual es el de interrumpir la transmisión intradomiciliaria de tipo vectorial y hacia allá se está dirigiendo el esfuerzo de los países. El Mapa 24 muestra las áreas de interrupción vectorial; sin embargo, el mapa ya cambió porque, Bolivia recibió recientemente una evaluación internacional y un foco que tenían en La Paz se logró certificar que ya no hay transmisión vectorial intradomiciliaria.
- La Filariasis linfática o elefantiasis persiste con focos en la Isla de Española, Haití, República Dominicana, en Guyana y en Brasil, donde ya está incluida dentro del Proyecto de Integración de control de la Geohelmintiasis.

Mapa 24. Presencia de Enfermedad de Chagas, todos los modos de transmisión, LAC, 1998–2007



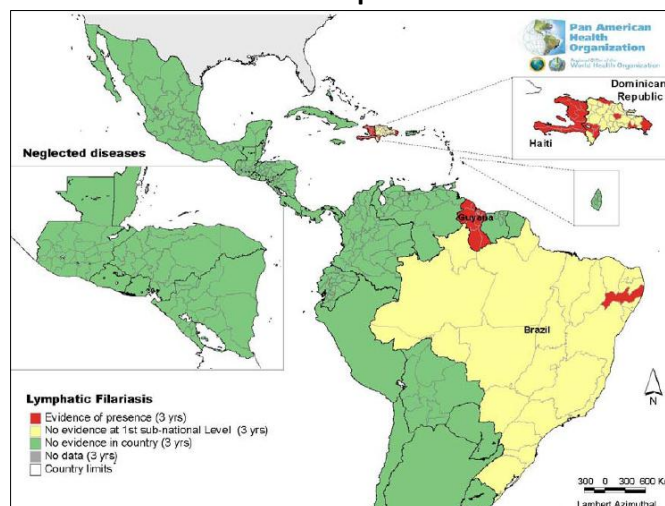
Fuente: PAHO/HSD/CD, La Salud en las Américas, Vol. 1, Washington D.C., PAHO, 2007

Mapa 25. Enfermedad de Chagas: Áreas de interrupción de transmisión vectorial, 2009



Fuente: OPS, 2009

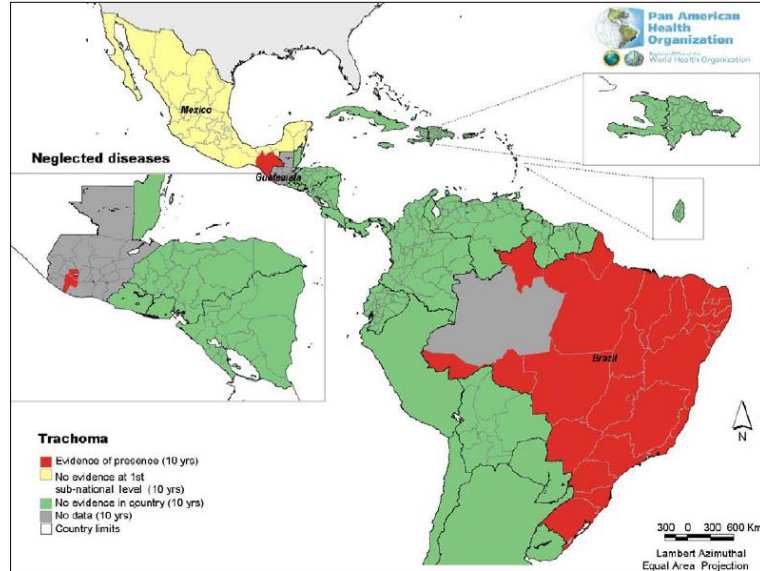
Mapa 26. Presencia de filariasis linfática en el primer nivel subnacional en LAC, 2005-2007



Fuente: PAHO/HSD/CD, con base en informes de los Ministerios de Salud a la OPS/OMS para el Programa para la Eliminación de la Filariasis Linfática, 2005-2007

- En el Mapa 27 se aprecia la presencia del tracoma en la región, pero no muestra a Colombia. Esto, porque Colombia ingresó este año con los casos de Vaupés. Lo que aparece gris era por falta de datos, pero esto ya se completó.

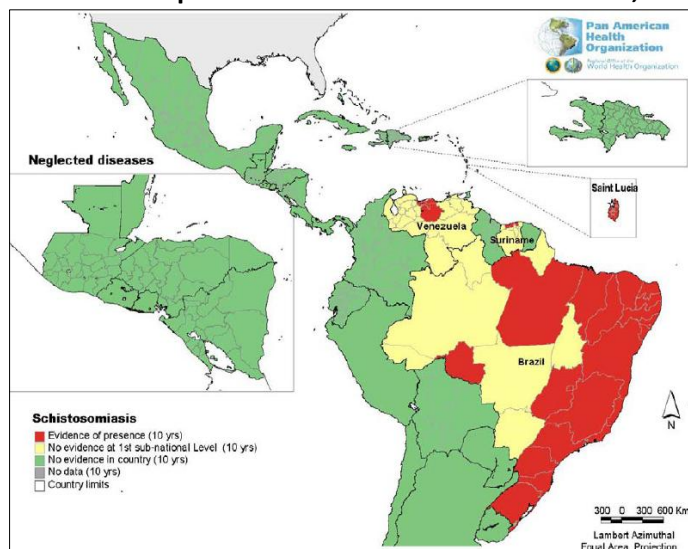
Mapa 27. Presencia de tracoma en el nivel subnacional, LAC, 1998–2007



Fuente: PAHO/HSD/CD, con base en informes de los Ministerios de Salud a la OPS/OMS para el Programa para la Eliminación de la Filariasis Linfática, 2005–2007

- El Grupo 2 de estas enfermedades cuya carga de enfermedad puede reducirse con herramientas disponibles, tenemos 2 enfermedades: Esquistosomiasis y Geohelmintos. Aquí la meta es controlar la carga de enfermedad. Todavía no se puede hablar de eliminación.

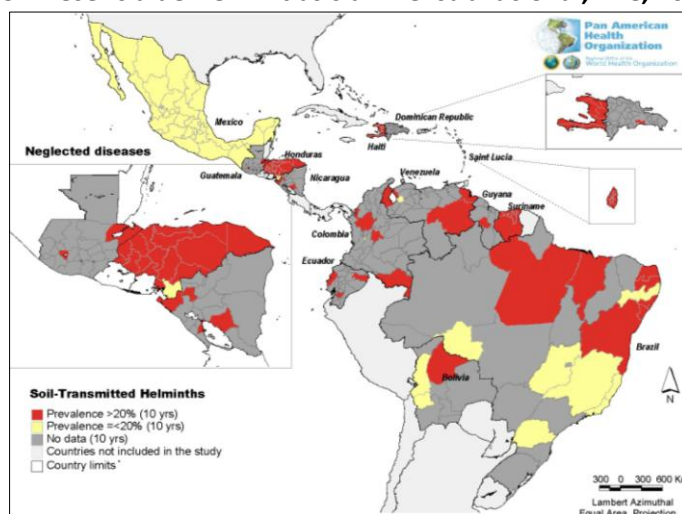
Mapa 28. Presencia de Esquistosomiasis en el nivel subnacional, LAC, 2005–2007



Fuente: PAHO/HSD/CD, con base en información de los Ministerios de Salud de Brasil, Santa Lucía y Surinam, & Alarcón de Noya, B et al, Esquistosomiasis mansoni en Áreas de Baja Transmisión. Caracterización Epidemiológica de los Focos Venezolanos. Memorias del Instituto Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, 2002, 91(1), 5-10.

- En el Mapa 28 se pueden apreciar los países con algunos focos. Brasil está terminando una encuesta nacional de esquistosomiasis y de geohelmintiasis, o sea que vamos a tener un mapa actualizado de la prevalencia de la esquistosomiasis en Brasil. Se tiene en Venezuela, en Surinam, donde también se culminó recientemente una encuesta de prevalencia y tienen baja transmisión; y también está presente en Santa Lucía, en el Caribe. Con el resto de los países no es que no haya; es que no sabemos cómo están. Lo mismo sucede con el Tracoma.
- La situación de las helmintiasis es mucho más triste. Los países no están interesados en mapear la prevalencia y la intensidad de infección por geohelminthos, tal vez por ser parásitos. Pero resulta que, al igual que el tracoma, si no sabemos cuál es la prevalencia, no sabemos si se requiera tratamiento masivo con antiparasitarios, no sabemos si se requiera una vez al año o dos veces al año. Se necesita el mapeo para definir el Plan de Acción. Esta es la razón por la cual a este mapa le hace falta información.

Mapa 29. Presencia de Helmintiasis a nivel subnacional, LAC, 2005–2007



Fuente: OPS, 2007

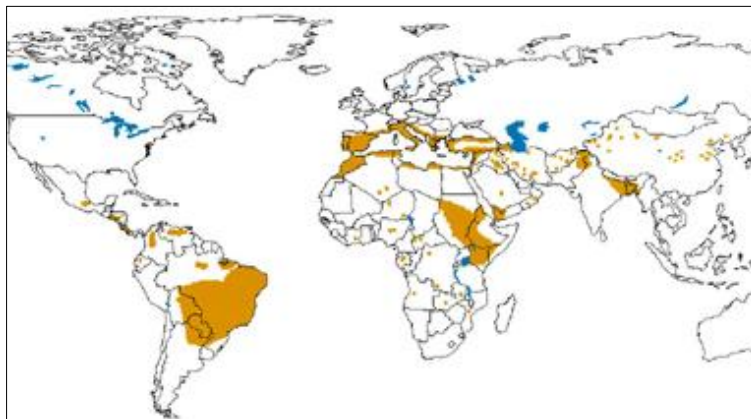
- Otra de las Enfermedades Desatendidas que los países están incluyendo es la Leishmaniosis. No está en el grupo de eliminación ni de control, pero cabe en el grupo de enfermedades que pueden integrarse con los planes de acción de las enfermedades desatendidas.

Mapa 30. Distribución geográfica de leishmaniosis cutánea y mucosa en las Américas, 2009



Fuente: OMS, 2009

Mapa 31. Distribución geográfica de leishmaniosis visceral en el mundo, 2009



Fuente: OMS, 2009

- Otras Enfermedades Parasitarias e Infecciosas de Importancia que pueden ingresar a este grupo de desatendidas son: Dengue y fiebre hemorrágica del dengue (brotes), Fiebre amarilla (brotes, países fronteras), Hidatidosis, Cisticercosis/teniasis, de lo cual no hay mucha información. El único país que está trabajando *Fasciola* con tratamiento masivo de la población es Bolivia; de los otros países no se tiene información. Otras de este grupo son: Enfermedades de la piel: sarna; tungiasis; micosis (Chaco). La necesidad común es la de fomentar investigación, que incluya diagnóstico, terapéutica, prevención y control.
- La propuesta es la de realizar un abordaje integral, interprogramático e intersectorial de la problemática de las Enfermedades Desatendidas, ya que son muy pocos focos, no tienen un programa específico o exclusivo cada una de estas enfermedades y la única forma de hacer el control y la eliminación es integrando las plataformas que ya existen en los países.
- La clave de éxito en este programa de Enfermedades Desatendidas dependen de tres factores:
 - Los Determinantes sociales en salud: agua, saneamiento, vivienda, desarrollo económico, entre otras;
 - Aprovechar la oportunidad para la integración inter-programática e intersectorial. Por ejemplo, poblaciones que tienen tracoma, también tienen geohelmintos, también debe haber leishmaniosis, Chagas, entre otras. Es pertinente integrarlas además con otros programas, por ejemplo, PAI, Vectores; siempre hay alguien que llega, incluso de otros sectores. Adicionalmente, los determinantes sociales son comunes a muchas de estas enfermedades. No olvidar la participación local y comunitaria con las acciones del medio ambiente
 - Se requiere el liderazgo del sector de la salud.
- El informe mundial 2010 de la OMS sobre Enfermedades Desatendidas incluyó 17 enfermedades y recomendó seis acciones que los países deberían desarrollar para el logro de las metas en Enfermedades Desatendidas:
 - Enfrentar todos los factores relacionados con agua, saneamiento y condiciones de vivienda (paquete preventivo)
 - Reducir los factores de riesgo ambientales
 - Mejorar la salud de poblaciones migrantes, tanto internas, dentro de los países (por ejemplo, los desplazados internos en Colombia), como la de quienes traspasan las fronteras.
 - Reducir las inequidades causadas por factores socioculturales y de género
 - Reducir la pobreza en población endémica para las EIDs
 - Implementar sistemas de vigilancia y evaluación de riesgo de estos eventos

- El punto de partida está en la obtención de un diagnóstico integral, el cual pasa por la identificación de los aliados en el nivel local, en el nivel nacional, en el nivel internacional; identificar el mapa de la prevalencia de las enfermedades; cuáles son los determinantes sociales de esas comunidades afectadas, entre otras. Con un diagnóstico integral, las respuestas no podrán ser diferentes: servicios integrales de salud, servicios integrales intersectoriales (educación, agua, saneamiento, vivienda, etc.).
- En este sentido, se identifican tres tipos de enfoques integración, que pueden ser implementados en un país de forma integral o de forma separada:
 - Co-implementación de actividades
 - Integración de plataformas ya existentes
 - Acción intersectorial y participación comunitaria
- Lo ideal es aplicar los tres enfoques al tiempo. Ejemplos: Hago coimplementación con el grupo de vectores para implementar acciones; O hago integración de plataformas ya existentes, por ejemplo, con PAI, AIEPI y Nutrición, que tienen recurso humano y económico y llegan a las comunidades. Veamos cada uno de estos enfoques.
- La Co-implementación es factible cuando existen áreas en donde hay traslape de enfermedades. Si se coloca un mapa encima de otro, en capas, se encuentran localidades con más de una enfermedad. Se aprovechan sinergias y economías de escala en las intervenciones. Un mito a vencer es que la gente cree que los van a dejar sin empleo o van a eliminar el programa o se va a perder poder. La integración es unirse y aprovechar los escasos recursos para hacerlos más eficientes, para llegar a las mismas zonas. Se pueden tener programas comunes, en poblaciones comunes, por ejemplo,
 - tracoma + malaria: Seguro que las comunidades con malaria tienen también enfermedades transmitidas por vectores
 - malaria + antiparasitarios para geohelminfos: Si las mismas comunidades con malaria viven en casas con pisos en tierra, que son un factor de riesgo para los niños para adquirir helmintos transmitidos por el contacto con el suelo.
 - inmunizaciones + antiparasitarios para geohelminfos: Si Ud. tiene prevalencia de geohelminfos entre el 20 y el 50%, aplica tratamiento masivo con Albendazol o Mebendazol una vez al año. Si estamos haciendo tratamiento con Azitromicina una vez al año, ¿por qué no darle al niño entre 1 y 14 años, además de la Azitromicina, 400 mgs. de Albendazol? Se aprovecha esta plataforma, no hay que regresar a hacer una actividad similar a la del otro grupo que estuvo el día anterior, y ahorramos recursos. Si la prevalencia de los helmintos está por encima del 50%, Ud. debe realizar el tratamiento masivo dos veces al año con una tableta que cuesta entre 2 y 5 centavos de dólar
- La integración de plataformas ya existentes, tales como la de la Atención Primaria en Salud, con equipos que van casa a casa realizando varias actividades, muchas de las cuales se realizan en tiempos diferentes y hasta con mensajes diferentes de un mismo tema, se pueden aprovechar para, en su lugar, mejorar los procesos, con actividades fusionadas en el sistema de atención de salud. Esto permite aumentar la accesibilidad y la equidad en los servicios de salud. Los programas deben ser parte de los servicios de salud y sistemas sociales existentes, en busca del fortalecimiento de los servicios de salud.
- La acción intersectorial y participación comunitaria es motivado en la medida en que todas estas enfermedades tienen los mismos factores determinantes: vivienda, agua y saneamiento, etc., y resulta que el sector de la salud no es el responsable de brindar estos servicios o derechos, pero si hay otras instituciones de otros sectores que sí reciben muchos recursos, y formulan proyectos en respuesta a sus problemáticas. Si en la formulación de esos proyectos se sienta una autoridad del sector de la salud, seguramente resulta un proyecto mucho más integral y, quien lo reciba, le dará mayor prioridad en virtud de los impactos planteados. Se logra así fortalecer servicios de salud + acciones en agua y saneamiento, educación, vivienda, obras públicas, medio ambiente, entre otros.
- Las intervenciones en las Enfermedades Desatendidas, en su integralidad, deben enfocarse en cinco grandes líneas de acción:
 - Quimioterapia preventiva: Los tratamientos masivos son un ejemplo de ello.

- Manejo intensivo de casos: Que es el ideal en una fase avanzada de eliminación del tracoma, por ejemplo. Después del tratamiento masivo, cuando la prevalencia se haya reducido, hacemos el manejo intensivo de los pocos casos.
- Control de vectores: moscas, mosquitos, caracoles (esquistosomiasis), entre otros.
- Suministro de agua potable, saneamiento e higiene
- Salud Pública Veterinaria
- ¿Qué podemos integrar?
 - Mapeo: No hacer encuestas de prevalencia de una sola enfermedad. Se pueden realizar encuestas de prevalencia e intensidad de infección de tracoma, geohelminfos, enfermedad de Chagas, malaria. Por ejemplo, en El Salvador se está adelantando el protocolo para hacer la encuesta nacional de geohelminfos y malaria, con el mismo diseño muestral. En Surinam se hizo ya una encuesta nacional de esquistosomiasis y geohelminfos. Se puede llevar el monitoreo de cambios en prevalencia de varias enfermedades en las mismas zonas geográficas.
 - Tratamiento: Ya dimos algunos ejemplos. Azitromicina (tracoma) + Albendazol (geohelminfos): una dosis al año.
 - Atención en salud: A nivel local se puede brindar formación de talento humano en diagnóstico y tratamiento de Malaria, Leishmaniosis y Chagas. Si capacitó en tracoma, le incluyo los geohelminfos. También en acciones programáticas, se puede integrar PAI + desparasitación + nutrición: niños a los 12 meses que reciben SRP+Albendazol+Vitamina A.
 - Intervenciones en determinantes sociales: En programas para reducción de la pobreza, por ejemplo, número de niños en programas de pobreza que reciben antiparasitarios una vez al año y que se incluye este indicador como condición para el subsidio. En programas de mejoramiento de vivienda, por ejemplo, pisos en tierra mejorados en zonas con altas prevalencias de geohelminfos. En programas de agua en comunidades con tracoma, por ejemplo, número de hogares con acceso a agua de calidad en zonas con focos de tracoma o geohelminfos.
- Finalmente, lo que queremos es que Tracoma sea una punta de lanza para la integración. Vamos a trabajar en tracoma, pero estas mismas comunidades tienen otros problemas igualmente desatendidos. Entonces, desde la planeación e implementación, por ejemplo, tracoma en Vaupés, no es una persona solitaria quien debe realizar el proyecto. Debe ser un trabajo conjunto entre la Secretaría de Salud, el Ministerio, el Instituto Nacional de Salud.
- La integración abarca también el proceso de monitoreo y evaluación, pero no implica reducir los programas ni eliminarlos. Cada programa lleva sus indicadores y sus metas, pero nos integramos al momento de planear, al entregar las acciones y a la hora de monitorear y evaluar.
- Planear implica todo un ciclo, que debe ir respondiendo a cada interrogante: ¿dónde estamos ahora? (análisis de situación); ¿hacia dónde queremos ir? (prioridades, metas y objetivos); ¿cómo llegaremos ahí? (organización y gestión); ¿cómo sabremos cuando llegamos? (monitoreo y evaluación) y ¿qué nuevos problemas tenemos? (planificación prospectiva), para así, cerrar y reiniciar el ciclo.

Monitoreo y evaluación

- Monitorear implica ver cómo vamos, qué hace falta, qué hay que corregir en la marcha, todo de manera continua. Evaluar implica medir la efectividad del programa, medir el impacto en las comunidades. Para ello necesitamos construir indicadores. En el monitoreo se siguen indicadores de procesos, indicadores de resultados e indicadores de impacto.
- La evaluación integral es de tres tipos:
 - Evaluación Formativa: que es la que se realiza cuando nos sentamos a planear, en respuesta a la pregunta ¿cuál es la mejor forma de ... ¿cuál es la mejor forma de reducir la prevalencia de TT a menos de 1 por 1.000 habitantes en Guatemala?
 - Evaluación de procesos: que se realiza cuando estamos ejecutando el proyecto, en respuesta a la pregunta: ¿podríamos funcionar mejor?

- Evaluación final o sumativa o de impacto: que responde a la pregunta ¿podríamos haberlo hecho mejor? ¿cuál fue el impacto real que tuvimos?
- Frente al tracoma, tenemos que realizar una recolección mensual de datos, por municipio, de las actividades que estamos realizando. Hay que tener claridad de cuántas personas que tienen triquiasis requieren de la cirugía, y cuántas de ellas están siendo operadas efectivamente; cuánta gente está recibiendo el tratamiento; cuántas comunidades participan en los programas de promoción de la salud; cuántas nuevas letrinas; cuántas nuevas fuentes de agua; es decir, todo un resumen de cada uno de los componentes de la estrategia SAFE, que tiene una meta y un resultado que medir.
- Cada nivel subnacional debe consolidar sus municipios por mes e informar al nivel nacional, es decir, igual que cualquier flujo de información de cualquier programa.
- En relación con los indicadores de proceso, la guía para gerentes de programas de control de tracoma tiene una lista de indicadores, que son los indicadores mínimos que se deben monitorear en el programa.
- La evaluación es fundamental por muchas razones. No sólo porque hay que rendir cuentas en cuanto a ejecución de recursos, sino que la meta impuesta por los Ministerios de Salud de las Américas es a 2015, así que también hay que ir mostrando resultados e impactos. Prácticamente son tres años de trabajo arduo, porque el 2011 es para gestión, y el 2015 no va a ser tanto para correr a ponerse al día sino para recolección de información para la OMS, quienes van a certificar que se cumplió con la meta.
- Recordar que cada componente de la estrategia SAFE debe tener una meta final de intervención, y cada meta final de intervención debe tener un objetivo anual. El Plan es a tres o hasta a cinco años; ese plan, y se fija una meta de lo que queremos alcanzar al final de esos 3 a 5 años. Para alcanzarla, se fija un objetivo anual. Por ejemplo, si la meta es realizar 1.000 cirugías, entonces se plantea como objetivo del año 1, 200 cirugías; en el siguiente, 300, y así sucesivamente, hasta que alcance la sumatoria de 1.000 cirugías, que fue su meta final de intervención.
- El mapeo nos ayuda a conocer el comportamiento de la prevalencia; para determinar la necesidad de aplicar el tratamiento masivo y por cuánto tiempo; y para plasmar y evidenciar los avances. Quiere decir que se necesita mapear más de una vez, desde el mismo momento de la planeación, pero en todo momento durante el monitoreo.
- Las metas se pueden modificar. Esto nos lo dirá el monitoreo. Se pueden mejorar según la evolución de la situación, pero circunscritas a las metas finales del programa, que son: reducir la prevalencia del tracoma folicular y reducir la prevalencia de triquiasis tracomatosa.
- Recordar que el tratamiento, si vamos a realizar tratamiento masivo, la cobertura mínima es del 80% cada año. Aquí no se puede dividir el porcentaje por año del Plan. Cada año debe ser, mínimo, el 80%. Esto es como las coberturas útiles de vacunación en el PAI.
- En tracoma debemos validar coberturas de tratamiento. Una cosa es lo que notifican los niveles subnacionales al nivel nacional, y otra cosa es verificar esta notificación. Es tal como se hace en vacunación: realizar monitoreo rápido de coberturas. Se va a terreno y hace un muestreo por conglomerado de verificación, por carné de vacunación, si es cierto que el 80% está vacunado. Con tracoma es igual. Se compara la cobertura administrativa con la cobertura real, apoyados en la estrategia de monitoreo rápido de cobertura de tratamiento, para el caso de tratamientos masivos. Si no coincide la cobertura administrativa con la real que arroja el monitoreo rápido de cobertura, se debe realizar un plan de choque a fin de incrementar dicha cobertura.
- Si vamos a trabajar en procesos integrados, debemos definir indicadores para esos procesos. Por ejemplo: si vamos a integrar tratamientos de Azitromicina con tratamiento para helmintiasis, un indicador podría ser, “cuántos niños a los 12 meses de edad recibieron, triple viral, o SRP, cuántos recibieron Azitromicina, cuántos recibieron vitamina A...”, y el resultado ha de ser que todos estos indicadores nos miden hasta dónde se realizaron las actividades de manera integral.
- Y en lo relacionado con las intervenciones transversales, al sector de la salud no le corresponde pedir recursos para vivienda o para acueducto, pero sí es nuestro deber coordinar y gestionar para que las

acciones de agua y saneamiento, por poner un ejemplo, puedan ser dirigidas a las comunidades donde sabemos que los indicadores de la enfermedad evidencian la necesidad de intervención en agua y saneamiento.

- El plan de monitoreo debe tener bien definidas las diferentes variables: cuándo vamos a monitorear; dónde vamos a monitorear, cómo lo vamos a hacer, quién lo va a hacer y qué es lo que va a monitorear. No es nada diferente a lo que se debe hacer habitualmente en el monitoreo de cualquier programa o proyecto. Además, unificar criterios en lo relacionado con los registros a utilizar, en qué nivel administrativo se llena cuál registro. Incluye el monitoreo de stock, calidad y gestión de medicamentos; saber qué consolidados se hacen en qué nivel administrativo; cómo vamos a difundir la información y de qué mejor manera la usamos para mejorar y/o mantener logros. Además, incentivar en todas las etapas a quienes participan en el proceso.

Sesión 5: Ruta de trabajo 2011-2015 para la eliminación del tracoma

Se conformaron grupos de trabajo para trazar la ruta crítica para diseñar el Plan de Acción Integrado. Para el caso de Brasil, como quiera que ya se tiene el Plan de Acción elaborado, apoyaron a los equipos de Colombia, para la elaboración del Plan para Vaupés, y al equipo de Guatemala. México ya ha venido desarrollando acciones en su Plan de Acción, el ejercicio es el de revisar componente por componente de la estrategia SAFE y evaluar y fijar las metas de intervención de acuerdo con lo que ya tienen, y desagregar actividades. Guatemala trabajó el Plan de Acción Integrado.

Cada equipo dio lectura a la metodología y realizó el ejercicio según las matrices incorporadas en la metodología, a manera de simulación de elaboración del Plan de Acción, que sirva de herramienta para el trabajo en los países. Y Brasil, realizó el ejercicio de la definición de metas anuales.

México

- Aunque ya se tenía un Plan de Acción, se logró claridad en los diferentes conceptos, en especial en lo relacionado con la Meta Final de Intervención y los Objetivos Anuales.
- En cuanto a las cirugías, aunque tienen claro que son 136 los candidatos a cirugía, se pudo determinar que son 8 las personas que aún no han recibido ningún tipo de tratamiento quirúrgico. Igualmente, se identificaron 56 renuentes con cirugías previas; hay 62 no renuentes, con cirugías previas. Quiere decir que casi más del 90% ya habían sido intervenidos quirúrgicamente y sólo 8 son los candidatos nuevos que están pendientes.
- Definimos, según nuestras prevalencias, que vamos a dar tratamiento a casos nuevos y contactos en el período 2011-2012.

Guatemala

- Definimos las cirugías con un indicador para los 200 casos, en un período de dos años. Se trazó el objetivo de operar el 80% de los casos con TT
- Se definieron resultados esperados, tales como el de contar con 1 ó 2 cirujanos certificados y el recurso humano necesario para el desarrollo de todas las actividades programadas en el Plan, entre otros.
- Se definieron igualmente las actividades.
- Quedó definida la meta de 180.000 antibióticos para tratamientos y 60.000 por tratamiento por año.

- El Objetivo 1 es el de realizar el tratamiento al 80% de los casos de tracoma, y entre los resultados esperados está la culminación en elaboración del Plan, su ejecución, que incluye el censo de la población objetivo.
- Uno de los objetivos tiene que ver con el fortalecimiento en los equipos necesarios, tales como la adquisición de pesas y tallímetros.
- Así sucesivamente, se definieron objetivos y metas para cada uno de los componentes de la estrategia SAFE.

Colombia

- Las cifras finales se dejaron para definir en reuniones ya comprometidas inmediatamente terminada la reunión. No obstante, la meta final es que, a 2015, se habrá logrado conocer la situación nacional del tracoma, en el marco de un programa de enfermedades desatendidas, a fin de lograr la meta de eliminar la ceguera por triquiasis.
- La meta final: lograr reducir la prevalencia de TF y TI en menos de 5% en niños menores de 1 a 9 años, y del TT a menos del 1 por 1.000 habitantes en el departamento de Vaupés.
- Para el componente “S”, la meta es la de disminuir la prevalencia de TT a menos de 1 por 1.000 en Vaupés y cero casos de ceguera por tracoma a 2015.
- El Objetivo, operar al 100% de los pacientes con TT en los focos identificados cada 6 meses, a 2015. Mientras se consiguen recursos y contactos, la Patrulla Aérea de Salud está contribuyendo con este propósito.
- El resultado por lograr es el de tener resueltos mínimo el 8% de los pacientes intervenidos; es decir, que no sean necesarias las intervenciones. Esto es vital en la medida en que son las primeras cirugías y hay que garantizar adherencia en las intervenciones quirúrgicas.
- En las actividades se integraron, la identificación de los pacientes, la gestión de los traslados, la coordinación con la patrulla Aérea de Salud, entre otras.
- En el componente “A”, se busca disminuir la prevalencia a menos de 5% de TF y TI en niños de 1 a 9 años en el departamento de Vaupés.
- El objetivo, suministrar el antibiótico al 100% de los focos según la prevalencia identificada y con los criterios ya definidos por la OPS-OMS. Y realizar la articulación con otros programas de salud pública para la ejecución de la actividad.
- Una de las actividades es la de identificar más focos de tracoma para lograr conocer la prevalencia de TF y TI en las comunidades del departamento de Vaupés.
- En el componente “F”, lograr que el 80% de las comunidades intervenidas en el foco, tengan la estrategia de higiene facial y lavado de manos.
- En el componente “E”, desarrollar estrategias efectivas en la disposición de agua y manejo de excretas en el 100% de las comunidades con foco de tracoma.
- Para el estudio de prevalencia, seguramente se requerirá del apoyo de expertos para el diseño del estudio. Es metodológicamente complicado.

Brasil

- Las cifras finales definidas para Brasil, para cada componente, son:
 - S – Cirugías = 6.103
 - A – Antibiótico = 4.200.000
 - F - Limpieza de la cara = 600 municipios
 - E – Mejoras Ambientales = 600 municipios
- Objetivos anuales de intervención. Para este cometido, se traen las tablas sobre las cuales se desarrolló la elaboración del documento del Plan y se explican así:

- Con las cirugías, no hay mayor dificultad, en el sentido de que en el primer año se realizan 100 cirugías; el segundo, 1.000; el tercero, 2.000; el cuarto, 2.000; y al quinto año, los 1.000 restantes, para un total de 6.100 cirugías (UIG de la estrategia “S”).
- En el tratamiento antibiótico, la UIG es de 4.200.000 personas (no tratamientos), cifra que se distribuye de manera escalonada, por cohortes: el primer año se empieza la primera cohorte, con 500.000 personas; el segundo año, se continúa los 500.000 de la primera cohorte y se inicia una segunda cohorte de 1.250.000 personas. El tercer año, se culminan los 500.000 tratamientos para las 500.000 personas de la primera cohorte, se continúa con el esquema de los de la segunda cohorte y se da inicio a una tercera cohorte de 1.250.000 personas. El cuarto año, se culmina la segunda cohorte, se continúa la tercera cohorte y se da inicio a una cuarta cohorte de 1.250.000 personas. Y así sucesivamente, hasta terminar la cuarta cohorte al 6º año de ejecución del Plan.

Cirugía – S

Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	UIG Meta final de intervención
100	1.000	2.000	2.000	1.000	6.100

Antibiótico – A

Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	UIG Meta final de intervención
500.000	1.750.000	3.000.000	3.750.000	2.500.000	4.200.000

OAT	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6
Número de encuestas	10	25	25	25		
Cohorte 1 de Tratamientos	500.000	500.000	500.000			
Cohorte 2 de tratamientos		1.250.000	1.250.000	1.250.000		
Cohorte 3 de tratamientos			1.250.000	1.250.000	1.250.000	
Cohorte 4 de tratamientos				1.250.000	1.250.000	1.250.000

- La recomendación es la de realizar pruebas piloto un mes antes de iniciar el tratamiento masivo. Es pertinente tener muy bien coordinados el transporte y la infraestructura logística para el manejo y distribución de los medicamentos.

Preguntas finales

1. Ruta a seguir para desarrollar los Planes de Acción o continuar el Plan de acción (caso México)
2. Que necesidades identifican de apoyo por parte de OPS y de los otros socios presentes en la reunión: Lions International y la International Trachoma Initiative – ITI.

Colombia:

- Consideran importante conocer un poco más las experiencias piloto de México y Brasil, a fin de poder identificar las dificultades que pudieron haberse presentado. Sabemos que las estructuras administrativas de México y Brasil son más federales, mientras que la de Colombia es diferente, lo cual repercute en la consecución de los recursos económicos.
- En cuanto a la ruta, sea cual sea la estructura que se le de al programa; sea cual sea la integración que haya entre programas, debe haber una plataforma básica sobre la cual debe funcionar bien la Atención Primaria en Salud. Este debe ser el primer esfuerzo: restablecer la Atención Primaria en Salud, al menos en esa área del foco inicial. Esto nos facilitaría, además, la interacción con Brasil en sus municipios de frontera, a fin de que las estrategias multinacionales tengan una misma ruta.
- Además, se requiere que en el Ministerio de la Protección Social se inicie un programa de Enfermedades Desatendidas, con recursos asignados para los departamentos donde se tengan problemas con las diferentes Enfermedades Desatendidas.

México:

- La ruta para México es el rediseño del Plan, con las nuevas expectativas aprendidas, en especial con el establecimiento de metas y objetivos, dándole una nueva dimensión al Plan.
- Para tal fin, contamos con la cooperación técnica de la OPS, para lo cual ya hemos iniciado un cronograma tentativo.

Guatemala:

- Consolidar a los actores locales, principalmente a aquellas otras instituciones que no son el Ministerio de Salud y que han venido apoyando el tema de salud ocular. Hay unos que son más específicos para el tema del tracoma.
- Se deben involucrar a todos los actores del Ministerio, pues hasta ahora se ha hecho por etapas; pero ya es el momento de incorporarlos a todos.
- Seguidamente, lo importante ahora es desarrollar el programa con base en la estrategia SAFE.
- Las solicitudes de apoyo al nivel internacional también debemos hacerlo en concertación con estos actores locales, a fin de que sea más coherente.
- Finalmente, ejecutar el plan con todo el entusiasmo para lograr avances significativos para lograr erradicar el tracoma como causa de ceguera para el 2015.

Brasil:

- Inicialmente, el paso ha de ser el de la aprobación final de los ajustes al Plan por parte del Ministerio, con la asignación de los presupuestos, pues hay que presentar el Plan al Consejo Nacional de Salud. Igualmente, hay que presentarlo al grupo de epidemiólogos y técnicos de vigilancia en salud pública que tienen representación ante los secretarios de salud y secretarios estatales de salud, para obtener la legitimidad del plan.
- El desafío es el de la implementación del programa piloto en el estado de Pernambuco y otros dos o tres, debidamente articulado.
- Debemos hacer esfuerzos para promover la participación de Lions International en el proceso. La OPS nos puede facilitar la intermediación para el trabajo binacional entre Brasil y Colombia en el área específica en límites con el departamento de Vaupés. Por ejemplo, en agosto se tienen entrenamientos en el área fronteriza con Colombia y podríamos recibir dos o tres personas de

Colombia para que se aproveche este esfuerzo. En Tabatinga, por ejemplo, podríamos combinar allí un proceso de entrenamiento. Esto no sólo para el tema del tracoma sino también para otros tipos de problemas en salud pública. OPS nos puede apoyar.

OPS responde en el sentido de que, en la medida en que los países tienen unos Planes muy bien elaborados, claros y definidos, OPS puede apoyar. Hay que identificar muy bien las necesidades. OPS apoya la elaboración o redefinición de los Planes. Los programas regionales sólo intervienen en respuesta a una solicitud formal a través de las oficinas de país; es decir, a través de la Representación de la OPS en el país solicitante. Recuerden la integralidad y la intersectorial.

La invitación es para que estrechen su relación y contactos con las personas asistentes a esta reunión, con quienes podrán intercambiar sus experiencias, y podrán apoyarse en las oficinas de OPS y en el oficial responsable del tema. Se pueden apoyar en teleconferencias. OPS puede apoyar para estos encuentros virtuales

“Las Enfermedades Desatendidas no son el gran problema... no son millones de casos... pero es un imperativo moral luchar para que la gente no sufra ceguera por oncocercosis; que no haya ceguera por tracoma; que no haya problemas de desarrollo ni de aprendizaje en los niños porque tienen parásitos intestinales...”

“Juntos podemos ver el FIN de las Enfermedades Desatendidas. Juntos podemos ganar la batalla. ¡Es un imperativo ético y moral!”

Anexos

Anexo 1 Agenda de la Reunión

Primera Reunión Regional de los Gerentes de Programas de Eliminación del Tracoma en las Américas

Bogotá, D.C, Colombia

23-25 Mayo 2011

Organizada por el Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas y el Programa Regional de Salud Visual de la OPS, con el auspicio de la Red Global de Enfermedades Tropicales Desatendidas y el Instituto de Vacunas Sabin

Agenda

Lugar de la reunión: Hotel Bogotá Regency, Carrera 7 N°. 127A-21 Teléfono: 57-1-625-3995

Objetivo de la reunión

Analizar la situación actual del tracoma en Latino América y el Caribe, y definir las acciones prioritarias para 2011-2015 a nivel Regional y Nacional que permitan alcanzar las metas establecidas en la Resolución CD49.R19 del Consejo Directivo de OPS al 2015⁶.

Día 1: 23 de Mayo **Situación del tracoma a nivel mundial, regional y nacional y herramientas para formular planes de eliminación**

8:00 – 8:30 a.m. Inscripciones

8:30 – 9:00 a.m. Instalación de la Reunión

Sesión 1: Panorama mundial, regional y nacional del tracoma

Moderador: Martha Saboyá, Programa Regional Enfermedades Infecciosas Desatendidas, OPS/OMS

9:00 – 9:30 a.m. Panorama mundial de la eliminación del tracoma
Dr. Juan Carlos Silva

9:30 – 10:00 a.m. Tracoma en Latino América y el Caribe: Avances y desafíos
Dr. Juan Carlos Silva

10:00 – 10:30 am *Café*

10:30 – 11:00 a.m. Panorama del Tracoma en Brasil: Situación, avances y desafíos
Gerente del programa nacional de tracoma en Brasil

11:00 – 11:30 a.m. Tracoma en Colombia: Situación y desafíos como nuevo foco en la Región de las Américas
Delegado del Vaupés, Colombia

⁶ 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 y del tracoma inflamatorio intenso (TF y TI) a menos de 5% en niños de 1-9 años de edad

- 11:30 – 12:00 m Panorama del Tracoma en Guatemala: Situación, avances y desafíos
Gerente del programa nacional de tracoma en Guatemala
- 12:00 – 12:30 p.m. Panorama del Tracoma en México: Situación, avances y desafíos
Gerente del programa nacional de tracoma en México
- 12:30 – 1:00 p.m. Discusión en plenaria panorama del tracoma en la Región de las Américas

1:00 – 2:00 p.m. Almuerzo

Sesión 2: Marco general de la Estrategia SAFE y el desarrollo de encuestas de prevalencia como insumo para la toma de decisiones

Moderador: Juan Carlos Silva, Asesor Regional Programa Prevención de la Ceguera, OPS/OMS

- 2:30 – 3:00 p.m. Estrategia SAFE: Aproximación conceptual
Norma Helen Medina
Centro de Oftalmología Sanitaria
CVE/SES - SP
- 3:00 – 3:30 p.m. Desarrollo de encuestas de prevalencia y uso de la información para el desarrollo de planes: experiencia en Brasil
Gerente del programa nacional de tracoma en Brasil
- 3:30 – 4:00 p.m. Desarrollo de encuestas de prevalencia: experiencia en Guatemala
Gerente del programa nacional de tracoma en Guatemala

4:10 – 4:30 p.m. Café

- 4:30 – 5:30 p.m. Discusión sobre las experiencias de los países y las oportunidades de eliminación del tracoma en la Región

Día 2: 24 de Mayo
Análisis DOFA para la implementación de la estrategia SAFE en LAC

Sesión 3. Componentes de la Estrategia SAFE: debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas: componentes “S” y “A”.

Moderador: Josué Homero Ramírez, Consultor en Participación Social y Desarrollo Territorial en Salud, Representación OPS/OMS, Guatemala.

- 8:30 – 9:00 a.m. Presentación de la metodología de trabajo en grupo: Martha Saboyá.
- 9:00 – 10:30 a.m. Primer componente de la estrategia SAFE: Cirugía para personas con triquiasis
Los participantes harán un análisis de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas para implementar este componente a nivel subnacional
- 10:30 – 11:00 a.m. Presentación de los grupos y plenaria

11:00 – 12:30 p.m. Segundo componente de la estrategia SAFE: Tratamiento masivo con antibióticos
Los participantes harán un análisis de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas para implementar este componente

12:30 – 1:00 p.m. Presentación de los grupos y plenaria

1:00 – 2:00 p.m. **Almuerzo**

Sesión 4. Componentes de la Estrategia SAFE: debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas: componentes “F” y “E”.

Moderador: Jose Pablo Escobar, Consultor Enfermedades Transmitidas por Vectores y Enfermedades Desatendidas, Representación OPS/OMS, Colombia

2:00 – 3:30 p.m. Tercer componente de la estrategia SAFE: Promoción de medidas de higiene personal, lavado de cara y control en general
Los participantes harán un análisis de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas para implementar este componente

3:30 – 4:00 p.m. Presentación de los grupos y plenaria

4:00 – 5:00 p.m. Cuarto componente de la estrategia SAFE: Medias ambientales, agua y saneamiento mejorado
Los participantes harán un análisis de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas para implementar este componente

5:00 – 5:30 p.m. Presentación de los grupos y plenaria

Día 3: 25 de Mayo
Definiendo planes de acción para alcanzar la meta de eliminación del tracoma al 2015 en las Américas

Sesión 5. Planes integrados para la eliminación del tracoma.

Moderador: Juan Carlos Silva, Asesor Regional Programa Prevención de la Ceguera, OPS/OMS

8:30 – 9:00 a.m. Planes integrados para las enfermedades desatendidas: tracoma ventana de oportunidad
Dra. Martha Saboyá

9:00 – 9:30 a.m. Monitoreo y evaluación de los planes de acción: qué es y cómo implementarlo
Dra. Martha Saboyá

9:30 – 11:00 m. Principales líneas de acción de un plan por país: cada participante de país hará una propuesta de lo que pudieran ser sus líneas de acción 2011-2015 para llegar al logro de la meta de eliminación de tracoma. Se contará con guía para este trabajo. Se incluirán las necesidades de cooperación técnica desde OPS.

11:00 – 11:30 a.m. Principales Líneas de acción del plan de Brasil 2011-2015 para tracoma

11:30 – 12:00 m Principales Líneas de acción del plan de Colombia 2011-2015 para tracoma

12:00 – 12:30 p.m. Principales Líneas de acción del plan de Guatemala 2011-2015 para tracoma

12:30 – 1:00 p.m. Principales Líneas de acción del plan de México 2011-2015 para tracoma

1:00 – 2:00 p.m. ***Almuerzo***

Sesión 6. Ruta de trabajo 2011-2015 para la eliminación del tracoma

Moderador: Martha Saboyá, Programa Regional Enfermedades Infecciosas Desatendidas, OPS/OMS

2:00 –3:00 p.m. Próximos pasos para la implementación de planes para la eliminación del tracoma en Brasil, Colombia, Guatemala, y México
Discusión en plenaria

3:00 – 4:00 p.m. Cuáles son las actividades 2011-2012 en que cada país requerirá apoyo y cooperación técnica para concretar acciones de eliminación.

4:00-4:30 p.m. Cierre de la reunión

Anexo 2

Datos Básicos de los Participantes



NOMBRE	INSTITUCIÓN	DIRECCION	TELÉFONOS CONTACTO	E-MAIL / SKYPE / TWITTER
 Maria de Fátima Costa Lopes	Ministerio de la Salud de Brasil Gerente Programa Control de Tracoma	SCS Q.4 Bloque A Ed. Principal 3 Andar, Brasilia D.F. BRASIL CEP 70.400.000	Tel: +55 61 3213.8240 Cel. +55 61 8404.7189	mariaf.lopes@saude.gov.br
 Norma Helen Medina	Centro de Oftalmología Sanitaria CVE/SES – SP São Paulo, SP Brasil Directora Técnica de División	Av. Dr. Arnaldo, 351 sala 613 Tel/fax: 55 11 30668120	Fax. 55-11 30668153 cel: 55 11 96575698	dvoftal@saude.sp.gov.br nhm2@hotmail.com Skipe: norma.helen.medina
 Hollman Miller Hurtado	Secretaria de Salud del Departamento de Vaupés Coordinador Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores	Mitú – Vaupés – Colombia	Tel: +57 8 564.2051	hollmanmiller@gmail.com
 Jose Pablo Escobar	Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS Consultor Enfermedades Transmitidas por Vectores y Enfermedades Desatendidas Representación de OPS/OMS en Colombia	Carrera 7 No.74-21, Piso 9 Edificio Seguros Aurora Bogotá, D.C., Colombia Apartado Aéreo 253367, Bogotá, D.C., Colombia	Tel.: +57 1 314.4141 Cel: +57 315.356.5193	pescobar@col.ops-oms.org
 Juan Carlos Silva	Asesor Regional Prevención de Ceguera Organización Panamericana de la Salud Representación de OPS/OMS en Colombia	Carrera 7 No.74-21, Piso 9 Edificio Seguros Aurora Bogotá, D.C., Colombia Apartado Aéreo 253367, Bogotá, D.C., Colombia	Tel.: +57 1 314.4141 Fax: +57 1 254.7070	silvajuan@paho.org

NOMBRE	INSTITUCIÓN	DIRECCION	TELÉFONOS CONTACTO	E-MAIL / SKYPE / TWITTER
 Danik de los Angeles Valera Antequera	Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Instituto Nacional de Salud – Bogotá – Colombia	Avenida calle 26 No. 51-20 – Zona 6 CAN	Tel.: +57 1 220.7700 Ext. 1115/1116 Fax: +57 1 220.7700 Ext. 1115 Cel: +57 310.563.4966	dvalera@ins.gov.co danikvalera@hotmail.com
 Jaime Enrique Moreno Castañeda	Coordinador Microbiología-Investigación Instituto Nacional de Salud	Av. Calle 26 # 52-80 Bogotá-Colombia	Tel: +57 1 220.7700 Ext. 1421 Cel. +57 312.322.5755	jmoreno@ins.gov.co
 Adriana Leonor Gómez Rubio	Instituto Nacional de Salud Laboratorio de Microbiología – Investigación	Av. Calle 26 # 51-20 Bogotá-Colombia	Tel: +57 1 220.7700 Ext. 1420 Cel. +57 315.355.7449	agomez@ins.gov.co
 Iván Mejía	Epidemiólogo Grupo de Enfermedades Transmitidas por Vectores Instituto Nacional de Salud Colombia	Av. Calle 26 # 51-20 Bogotá-Colombia	Tel. +57 1 220.7700 Ext. 1402 Cel: +57 318.312.1302	imejia@ins.gov.co mejiavectores@hotmail.com
 Fernando Yaacov Peña	Oftalmólogo y epidemiólogo Sociedad Colombiana de Oftalmología / Consultor Suramérica SIGHT FIRST del Club de Leones Bogotá – Colombia	Calle 57 # 45-52 (201) Bogotá – Colombia	Cel. +57 313.394.8606	ojosalud@yahoo.com

NOMBRE	INSTITUCIÓN	DIRECCION	TELÉFONOS CONTACTO	E-MAIL / SKYPE / TWITTER
 Fabio Edmundo Enriquez Miranda	Gerente General E.P.S. – I Mallamás	Carrera 1a # 5– 45 Ipiales – Nariño – Colombia	Tel. +57 2 773.8726 Fax. +57 2 773.8725 Cel. +57 313.652.0602	fabioe50@yahoo.es
 Martha Bibiana Velasco Patiño	Secretaria de Salud del Vaupés Coordinación de Salud Pública Departamental Vaupés	Mitú – Vaupés – Colombia	Tel. +57 8 564.2051 Cel. +57 310.609.8473	bibinoti@hotmail.com
 Angélica María Rojas Bárcenas	Secretaria de Salud del Vaupés Coordinación de Vigilancia en Salud Pública Departamental Vaupés	Mitú – Vaupés – Colombia	Tel. +57 8 564.2051 Cel. +57 313.804.0135	amrojasba@yahoo.es
 Mario Alfonso Barboza Lidueñas	Hospital San Antonio Subgerente Científico	Barrio Centro Mitú – Vaupés Colombia	Tel. +57 8 564.2265 Cel. +57 311.824.3525	sanantonioesehospital@yahoo.com
 Adriana María Molina Giraldo	Universidad de Antioquia - Escuela de Ingeniería de Antioquia Docente Investigadora	Variante Las Palmas, Km. 2 + 200 mts. Medellín – Colombia	Tel. +57 4 354.9090 Ext. 219 Cel. +57 300.600.0826	amolina.giraldo@gmail.com

NOMBRE	INSTITUCIÓN	DIRECCION	TELÉFONOS CONTACTO	E-MAIL / SKYPE / TWITTER
 Oscar Leonel Figueroa Rojas	Programa Nacional de Tracoma Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	6 Av. 3-45 zona 11 Ciudad de Guatemala 5 Av. 11-40 zona 11 colonia El Progreso – Ciudad de Guatemala	Tels. +502 2444.7474 - 23228383 Fax. +502 2440.5900-2440.5700 Cel. +502 5708.9163	ofigueroa2009@hotmail.com
 Josué Homero Ramírez Rojas	OPS/OMS Guatemala Consultor	7 Av. 12-23 zona 9 Ciudad de Guatemala	Tel. +502 2332.2032 Cel. +502 5405.3547	ramirezjh@gut.ops-oms.org
 Alejandra Martínez Meneses	Subdirectora de Control de Enfermedades Tuxtla Gutiérrez – México	Unidad Administrativa Edificio C Colonia Maya, C.P. 29007 Tuxtla Gutiérrez – México	Tel: +52 961.6189.250 Ext. 44086	control.enfermedades@gmail.com
 Armando Erick Elizondo Quiroga	Jefe Dpto. Oncocercosis y otras enfermedades transmitidas por Vectores México D.F.	Benjamín Franklin 132, 1er P Col. Escandón Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11800, México, D.F.	Tel: 055 2614.6461 Fax. 055 2614.6462	aelizondoq@gmail.com
 Fabiola Antonieta Hernández Pérez	Coordinadora Estatal del Programa de Prevención Y Control del Tracoma Tuxtla Gutiérrez, México	Unidad Administrativa Edificio C Colonia Maya, C.P. 29007 Tuxtla Gutiérrez, México	Tel: +52 961.618.9250 Ext. 44084 Fax. +52 961.613.6675	trachoma.chis@hotmail.com

NOMBRE	INSTITUCIÓN	DIRECCION	TELÉFONOS CONTACTO	E-MAIL / SKYPE / TWITTER
 Martha Idalí Saboyá	Programa Regional Enfermedades Desatendidas Organización Panamericana de la Salud	525 23 rd St, N.W. Washington, D.C. 20037	Tel. +1 202.974.3875	saboyama2@paho.org
 Lisa Rotondo	Deputy Director International Trachoma Initiative Task Force for Global Health	325 Swanton Way Decatur, GA 30030 EE.UU	Tel: +1 404.592.1478	lrotondo@taskforce.org
 Kristen Eckert	Grants Coordinator Lions Clubs International Foundation	300 W. 22nd St. Oak Brook, IL 60523 EE.UU	Tel: +1 630.468.6822 Fax: +1 630.706.9175	Kristen.Eckert@lionsclubs.org
 Natalia Riaño Soler	Instituto Nacional de Salud Subdirección Red Nacional de Laboratorios	Av. Calle 26 N° 51-20, zona 6 – CAN	Tel.: +57 1 220.7700 Ext. 1420 / 1421 Cel: +57 300.212.0028	natriano@hotmail.com nriano@ins.gov.co
 Rafael José Miranda Jiménez	Ministerio de la Protección Social – Colombia Dirección General de Salud Pública – Centro Nacional de Enlace	Cra. 13 N° 32 – 76	Tel.: 57 1 330.5000 Ext: 1450	cne@minproteccionsocial.gov.co rafaelmirandaj@gmail.com

NOMBRE	INSTITUCIÓN	DIRECCION	TELÉFONOS CONTACTO	E-MAIL / SKYPE / TWITTER
 Andrés Fernando Alvarado	Ministerio de la Protección Social – Colombia Dirección General de Salud Pública – Centro Nacional de Enlace	Cra. 13 N° 32 – 76	Tel.: 57 1 330.5000 Ext: 1450	cne@minproteccionsocial.gov.co andresfernandoalvarado@gmail.com
 Rodrigo Restrepo González	GIRSALUD E.U. Gerente. Médico, Magister en Administración de Salud. Consultor en Salud Pública. Contratista OPS para la elaboración de las memorias del evento	Cra. 44C N° 45-53 Torre 3, Int. 801 Urb. Rafael Núñez Etapa 1 Bogotá, Colombia	Tel.: +57 1 222.7804 Cel: +57 317.675.2556	rore@une.net.co girsalud@gmail.com Blog: http://bit.ly/giramundo http://giramvndo.blogspot.com Twitter: @girsalud

Anexo 3

Documentos de Apoyo

Compartidos por los

Participantes:

- Cartilla de Graduación de Tracoma
- Formulario de evaluación de tracoma/triquiasis (GUA)
- Resolve to eliminate blinding trachoma by 2020 – International Trachoma Initiative (USA)
- Tracoma, doença dos olhos (BRA)
- Um olhar sobre o tracoma (BRA)

CARTILLA DE GRADUACION DE TRACOMA

- Cada ojo debe ser evaluado y graduado por separado.
- Use lupas binoculares (x 2.5) e iluminación adecuada (luz de día o linterna).
- Los signos deben verse claramente para ser considerados positivos.

Los párpados y cornea se examinan inicialmente en busca de pestañas volteadas hacia adentro y opacidades corneales. Se volteo (evierte) el párpado superior para examinar la conjuntiva sobre la parte mas dura del párpado (conjuntiva tarsal).

La conjuntiva normal es rosada, lisa, delgada y transparente. Hay vasos sanguíneos profundos que corren verticalmente en toda la conjuntiva tarsal.

INFLAMACION TRACOMATOSA FOLICULAR (TF): presencia de cinco o mas folículos en la conjuntiva tarsal superior.

Los folículos son areas redondas de inflamación, que son mas pálidas que la conjuntiva que los rodea - de color blanco, gris o amarillo. Los folículos deben ser de por lo menos medio milímetro de diámetro (como los puntos del dibujo) para ser considerados como tales.



INFLAMACION TRACOMATOSA INTENSA (TI): engrosamiento inflamatorio pronunciado de la conjuntiva tarsal que oscurece mas de la mitad de los vasos tarsales profundos normales.

La conjuntiva tarsal aparece roja, áspera y engrosada. Usualmente hay numerosos folículos que pueden estar parcial o totalmente cubiertos por la conjuntiva engrosada.



Conjuntiva tarsal normal (aumento x 2). Las líneas punteadas marcan el area a ser examinada.



Inflamación tracomatosa folicular (TF)



Inflamación tracomatosa intensa (TI)

CICATRIZACION TRACOMATOSA (TS): presencia de cicatrices en la conjuntiva tarsal.

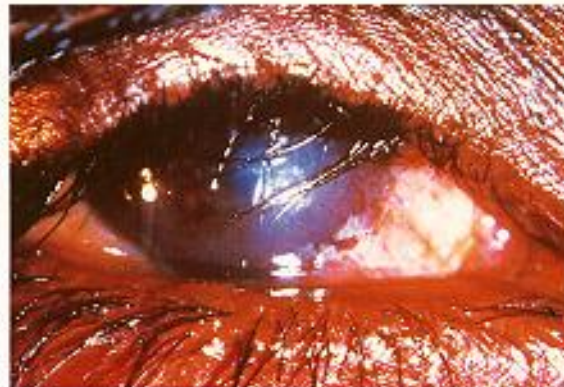
Las cicatrices son fácilmente visibles como líneas, bandas o láminas blancas en la conjuntiva tarsal. Son brillantes y fibrosas en apariencia. La cicatrización especialmente fibrosa difusa puede oscurecer los vasos tarsales.



Cicatrización tracomatosa (TS)

TRIQUEIASIS TRACOMATOSA (TT): por lo menos una pestaña frota el ojo.

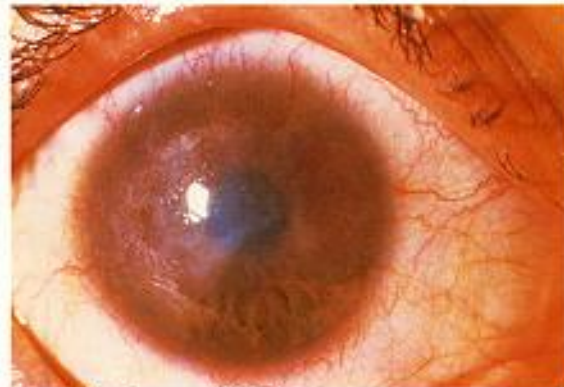
La evidencia de pestañas removidas por crecer línea adentro, debe considerarse dentro del grado de triquiasis.



Triquiasis tracomatosa (TT)

OPACIDAD CORNEAL (CO): opacidad corneal sobre la pupila fácilmente visible.

El margen de la pupila está opacado visto através de la opacidad. Tales opacidades corneales causan disminución significativa de la agudeza visual (menos de 6/18 o 0.3 o 20/60). Por lo tanto, debe medirse la agudeza visual dentro de lo posible.



Opacidad corneal (CO)

TF: Tratamiento tópico (Tetraciclina 1%).

TI: Tratamiento tópico. Considerar tratamiento sistémico.

TT: Referir para cirugía.



**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
PROGRAMA DE PREVENCION DE LA CEGUERA**



Con el apoyo financiero de la Fundación Edna McConnell Clark

Formulario de Vivienda

Comunidad ID: Nombre de la Comunidad: Entrevistador:
 Vivienda Numero: Nombre de el Jefe de Familia: Fecha:

1. Cuantos años de educacion ha completado el jefe de familia? años

2. Que tan lejos esta la casa de la fuente de agua mas cercana?
 1 Dentro de la casa
 2 Patio (Jardin)
 3 Menos de 30 minutos caminando
 4 30 minutos a 1 hora
 5 Mas de 1 hora

3. OBSERVAR: Hay letrina en la vivienda?
 0 No
 1 Si, dentro de la casa
 2 Si, fuera de la casa

4. Ha habido algun programa de educacion en salud para promover el lavado de la cara?
 0 No
 1 Si
 2 No sabe

5. Numero de dormitorios en la casa

6. Cuantas personas duermen en la casa?

7. Esta libre la puerta de basura o desperdicios?
 0 No
 1 Si

8. Idioma?
 1 Kackchiquel
 2 Quiche
 3 Tzutujil
 4 Espanol

9. Pueblo?
 1 Mayan
 2 Mestizo
 3 Otro

Entrevistador: Escriba los nombres de todas las personas residentes de la casa por favor coloque el jefe de familia en la primera linea. Entre las madres antes de sus niños. Si un niño es menor de 10 años asegurese de entrar los dos digitos asignados a la madre.

#	Nombre:	Apellido:	Sexo (H/M)	Fecha de Nacimiento:	Si menos (de 1 año use meses)	Mama	Condición de la Cara de el Niño (No/Si/Ausente):		
							Secreción Nasal	Descarga Ocular	Moscas en la Cara
01			H1 M2		años meses		N0 S1 A2	N0 S1 A2	N0 S1 A2
02			H1 M2		años meses		N0 S1 A2	N0 S1 A2	N0 S1 A2
03			H1 M2		años meses		N0 S1 A2	N0 S1 A2	N0 S1 A2
04			H1 M2		años meses		N0 S1 A2	N0 S1 A2	N0 S1 A2
05			H1 M2		años meses		N0 S1 A2	N0 S1 A2	N0 S1 A2
06			H1 M2		años meses		N0 S1 A2	N0 S1 A2	N0 S1 A2
07			H1 M2		años meses		N0 S1 A2	N0 S1 A2	N0 S1 A2
08			H1 M2		años meses		N0 S1 A2	N0 S1 A2	N0 S1 A2
09			H1 M2		años meses		N0 S1 A2	N0 S1 A2	N0 S1 A2
10			H1 M2		años meses		N0 S1 A2	N0 S1 A2	N0 S1 A2
11			H1 M2		años meses		N0 S1 A2	N0 S1 A2	N0 S1 A2
12			H1 M2		años meses		N0 S1 A2	N0 S1 A2	N0 S1 A2

Formulario de Evaluacion de Tracoma/Triquiiasis

ID en el Censo: _____

1. Nombre completo: _____

3. Iniciales del Examinador: _____

2. Edad: _____

4. Fecha del Examen: ____/____/____

5. Tracoma:

a. Ojo Derecho:

b. Ojo Izquierdo:

TF	TI	TS	TT	CO

0 = Ausente

1 = Presente

9 = No Se Puede Evaluar

6. Si mayor de 40 años hay evidencia de depilación de las pestañas?

a. Ojo Derecho: 0 No

1 Si

9 No se puede saber

b. Ojo Izquierdo: 0 No

1 Si

9 No se puede saber

7. Si menor de 10 años, se tomo muestra de laboratorio?

0 No, no se indica

1 No, se indica (caso del tracoma o la siguiente no ocurre en una familia diferente), pero no se hace

 _____ → 7a. Porque no? _____

2 Si

 _____ *Si/Si* → 7b. Caja Numero: _____

7c. Etiqueta de la Muestra:

Coloque la Etiqueta Aqui

8. Fue esta persona seleccionada para tomar una muestra de control?

0 No

1 Si *Si/Si* → 8a. Se tomo la muestra?

0 No

1 Si *Si/Si* → 8b. Caja Numero: _____

8c. Etiqueta de la Muestra:

Coloque la Etiqueta Aqui

Comentarios:

resolve

to eliminate blinding trachoma by 2020

Trachoma is an agonizing infection that ultimately leads to blindness. But we can prevent it ... treat it ... and stop it for good.

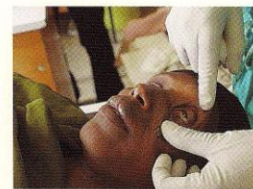
It begins with an infection of the eyelid,

one that can be treated with antibiotics. If none are available, trachoma returns, again and again. Over time, the eyelid turns inward; the eyelashes begin to scrape the cornea. Each blink becomes unimaginably painful. Eventually, permanent blindness sets in.

This scenario is the living nightmare for more than 8 million people who have suffered for years with advanced trachoma. They are losing their vision in an agonizing way. For millions more who have the trachoma infection – most of them children – a similar fate awaits unless they're treated.

Beyond personal suffering, trachoma also devastates the well being of entire communities. Working or caring for a family becomes impossible. As the disease passes from one generation to the next, families are unable to escape a lifetime of poverty.

But trachoma can be prevented. It can be treated. And it can be stopped – for good.



This Ethiopian woman with advanced trachoma will have a simple eyelid surgery to ease her pain.

Trachoma is an infectious disease of the eye caused by a bacterium (*C. trachomatis*) that is easily spread. It can be acquired through contact with an infected person's hands or clothing, or by flies that have come in contact with the eyes or nose of someone who is infected. Because it's transmitted through close personal contact, it often affects entire families or communities.

Blinding trachoma can and will be defeated.

The solution has been identified.

All we need is the resolve to implement it.

The solution is called "SAFE," a public health strategy endorsed by the World Health Organization to stop blindness and suffering from trachoma:

S is for **surgery** to help those suffering in the advanced stages

A is for **antibiotics**, including Zithromax®, donated by Pfizer, to treat infection

F is for **facial cleanliness** to improve hygiene among populations

E is for **environmental improvement**, to lessen the likelihood of trachoma being spread.

Since 1998, the International Trachoma Initiative (ITI) has managed the donation of more than 200 million Zithromax® treatments from Pfizer for people infected with trachoma. This massive-scale distribution has occurred in 19 countries in Africa and Asia.

And to eliminate blinding trachoma globally, ITI builds partnerships and coalitions with organizations working in eye care, disease control, water and sanitation and hygiene education – all of which have a part to play in the effort.

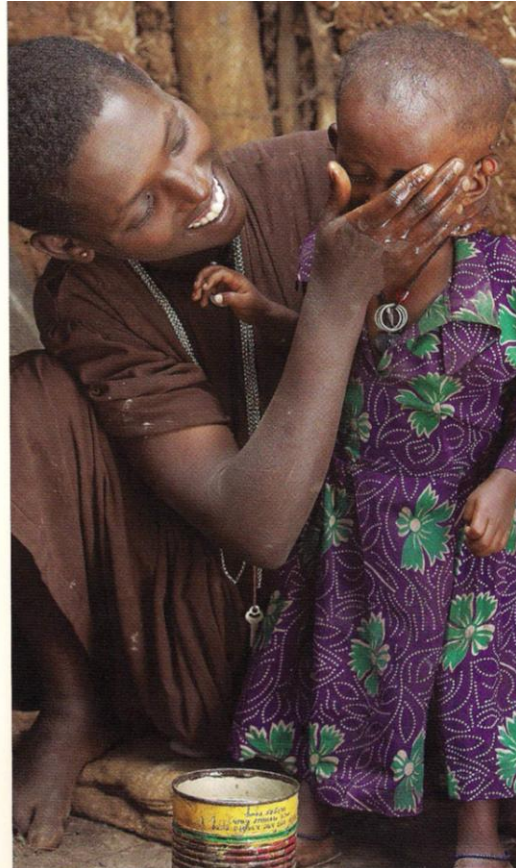
Trachoma was eliminated from the United States and Europe with improved sanitation and public health efforts. Five countries in which ITI works are on track to eliminate trachoma soon. **We can replicate this success elsewhere in the world – with your help.**

Will you take at least one action

to help stop blinding trachoma?

- Visit the ITI website, trachoma.org, to learn more
- Partner with ITI if you're an organization working in global health or water/sanitation improvement
- Connect with ITI by emailing iti@taskforce.org and stay up to date with the latest news on trachoma
- Encourage governments and lawmakers to commit the funds needed to implement the SAFE strategy.

Facial cleanliness is key to preventing trachoma.





“We have less than 10 years to eliminate blinding trachoma.
 Together with our partners, we have the tools, and we know what we need to do. But we need political will to make it a priority, and funding to do the work on the ground.”
 – Dr. Danny Haddad, Director, International Trachoma Initiative

Trachoma is highly endemic in Ethiopia, where these children live.



*Trachoma is the world's leading cause of blindness from infection.
 Yet it is preventable and treatable.
 The challenge is to reach people who suffer from it or are at risk.*



325 Swanton Way
 Decatur, Georgia USA 30030
 1-800-765-7173
www.trachoma.org



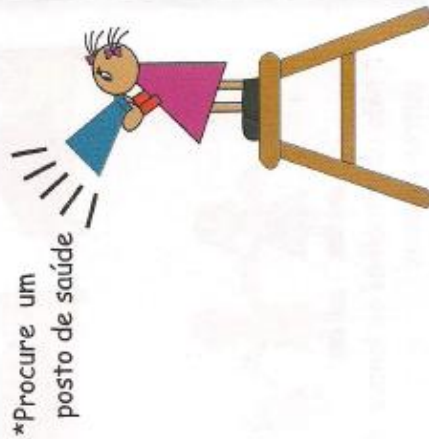
Front cover: a woman in Vietnam after simple eyelid surgery to ease the pain of advanced trachoma.





*Em muitos casos pode não ter sintomas

*Se você convive com uma pessoa que está com Tracoma, é importante que você também seja examinado



*Procure um posto de saúde



Imprensa Oficial



PREVENÇÃO É

A SOLUÇÃO!!!!

Em caso de tratamento compareça regularmente ao posto de saúde para acompanhamento
 RETORNO DIA ___/___/___
 LOCAL _____



SECRETARIA DA SAÚDE
GOVERNO DE SÃO PAULO

O TRACOMA

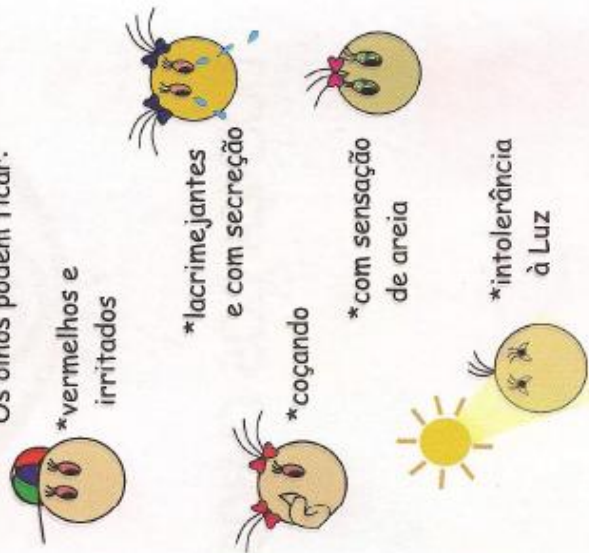
Tracoma é uma doença dos olhos, causada pela bactéria *Chlamidia tracomatis*, que ocorre principalmente nas crianças. O tratamento é fácil, mas se não for tratado, com o passar do tempo, pode prejudicar a visão.



BACTÉRIA

OS SINTOMAS

Os olhos podem ficar:



TRANSMISSÃO

Ocorre por meio da secreção dos olhos com tracoma

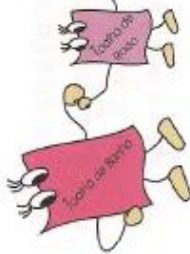


*de uma pessoa para outra

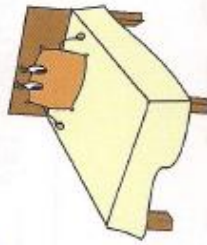
*objetos contaminados, lápis, borracha e caneta



• toalhas de rosto e de banho



• roupas de cama e lençóis



*É mais fácil passar de uma pessoa para outra em ambientes coletivos como escolas e creches



A PREVENÇÃO

*lavar as mãos e o rosto com sabonete várias vezes ao dia



*não coçar os olhos



*Procure dormir sozinho na cama. Quando precisar dormir com mais pessoas, ficar com a cabeça para lados diferentes



* Não usar toalhas ou lençóis de outras pessoas



Cuidados com a visão

- Cuidado com objetos pontiagudos para não ferir os olhos como: lápis, tesoura, faca, plantas pontiagudas ou com espinhos.
- Não brinque com fogos de artifícios, produtos químicos e inflamáveis.
- Cuidado com respingos de líquido leitoso das plantas e produtos químicos, lave imediatamente os olhos.
- Evite olhar diretamente para o sol.
- Evite luz muito intensa ou muito fraca quando estiver estudando ou trabalhando.
- Não utilizar colírios e pomadas oftalmológicas sem prescrição médica.

Importante!

Saneamento básico, acesso a água potável e destino adequado do lixo, são medidas muito importantes para evitar o tracoma.

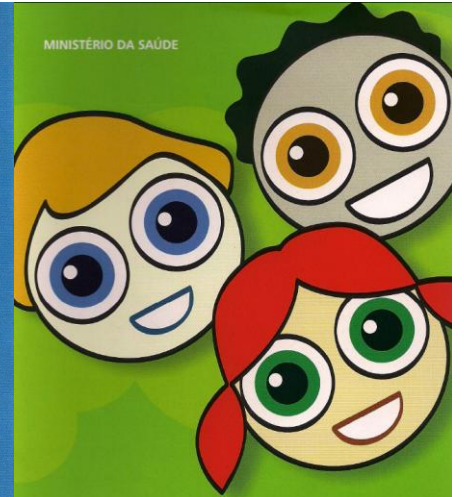
www.saude.gov.br/svs
www.saude.gov.br/bvs

e-notifica
notifica@saude.gov.br

disque saúde
0800.61.1997

disque notifica
0800.644.6645

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Um olhar sobre o TRACOMA

Brasília/DF



Secretaria de Vigilância em Saúde

Ministério da Saúde



O tracoma

Tracoma é uma doença dos olhos, causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, que ocorre principalmente nas crianças. O tratamento é fácil e se não for realizado pode prejudicar a visão.

Sinais e sintomas





Os olhos podem ficar:

- vermelhos e irritados 
- lacrimejantes e com secreção 
- coçando 
- com sensação de areia 
- com intolerância à luz 

Atenção: em muitos casos pode não apresentar sintomas.

Transmissão

Ocorre por meio da secreção dos olhos com tracoma:

- de uma pessoa para a outra, principalmente em ambientes coletivos como escolas e creches 
- de objetos contaminados, lápis, borracha e caneta 
- de roupas de cama e lençóis 
- de toalhas de rosto e de banho 

Prevenção

- lavar as mãos e o rosto várias vezes ao dia 
- não coçar os olhos 
- não usar toalhas ou lençóis de outras pessoas 
- evitar dormir na mesma cama com várias pessoas 
- quando precisar, dormir com a cabeça para lados diferentes 



Grupo Asistentes a Primera Reunión Regional de Gerentes de Programa de Eliminación del Tracoma en las Américas. Bogotá, mayo 23 al 25 de 2011 (Foto: Rodrigo Restrepo G. – 2011)



Foto Portada: Niñas del municipio de El Charco, departamento de Nariño, Colombia (Foto: Rodrigo Restrepo G. – 2010).