

2016-2025

PLAN ESTRATEGICO NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN: *“Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen”*



Adaptación del Plan de Eliminación de Lepra
CONVENIO 519 DE 2015
2016-2025

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO S.
Director de Promoción y Prevención

DIEGO GARCIA LONDOÑO
Subdirector de Enfermedades Transmisibles (E)



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

GINA WATSON LEWIS
Representante OPS/OMS Colombia

WILSON MARQUÑO
**Asesor Control de Enfermedades y Análisis en
Salud**

ANDRES SUANCA SIERRA
**Administrador Representación OPS/OMS
Colombia**

LUCY ARCINIEGAS MILLÁN
**Oficial de Programas y Gestión de
Proyectos**

REFERENTES TÉCNICO ADMINISTRATIVOS DEL CONVENIO

ERNESTO MORENO NARANJO
NESTOR VERA NIETO
MÓNICA MEZA CÁRDENAS
MARCELA ROJAS
Profesionales Especializados MSPS

ANA MARIA PEÑUELA
Supervisión MSPS

DIANA MARCELA PLAZAS
Seguimiento MSPS

MARIA DEL PILAR DUARTE
Seguimiento MSPS

JAIRO ACOSTA RODRIGUEZ
Seguimiento MSPS

FRANKLYN EDWIN PRIETO
Consultor Nacional OPS/OMS

PATRICIA VEGA MORENO
Administradora Convenios
OPS/OMS

CONSULTORÍA

INSTITUTO COLOMBIANA DE MEDICINA TROPICAL
ANTONIO ROLDÁN BETANCURT

RICARDO POSADA SALDARRIAGA
Decano Facultad de Medicina Univ. CES

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO
Jefe División Extensión en Salud Pública Univ. CES

NORA CARDONA CASTRO
Médica, PhD. Investigadora Línea Enfermedad de Hansen ICMT-CES

MILER MEZA LARGO
Investigador ICMT-CES

SANDRA M. ANDRADE MOSQUERA
Investigadora ICMT-CES

MYRNA B. GÓMEZ PARRA
Investigadora ICMT-CES

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 519 de 2015 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la otra parte.

Imagen Portada: Tomada del Plan Estratégico de Colombia: “PARA ALIVIAR LA CARGA DE LA ENFERMEDAD Y SOSTENER LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE ENFERMEDAD DE HANSEN. 2010-2015”

Rocío Gutiérrez Araujo

Concepto:

“Lejos la Enfermedad de Hansen”

“A partir del contacto entre ocho dedos que hacen la “V” de la victoria, se forma una imagen de mariposa cuyo centro es una especie de estrella para simbolizar cómo el contacto entre los diferentes agentes involucrados en la lucha contra la Enfermedad de Hansen crea soluciones integrales. El texto refuerza esa idea invitando a identificar, en una doble acepción, tanto a la mariposa (símbolo de libertad), como a la enfermedad, a acercarse (mediante el contacto humano, afable y recíproco) y a mantener lejos la enfermedad... de forma que en un plano emocional se genera un mensaje visual de alto impacto, pero que trasmite calidez, proximidad y afecto gracias al fondo, como estela de trazos en colores atenuados y vibrantes”.

Control de Versiones

| <i>Versión</i> | <i>Fecha</i> | <i>Autor</i> | <i>Observaciones</i> |
|----------------|--------------|--|--|
| 1.0 | 2016-30-11 | Convenio 519 de 2015 OPS - Minsalud | Creación del documento como fruto del consenso de todos los actores involucrados en el control de la enfermedad. |
| 2.0 | 2017-10-23 | Mesa Nacional de Hansen | Ajuste técnico realizado con base en las recomendaciones de la Mesa Nacional de Hansen. |
| 3.0 | 2018-06-05 | Santiago Fadul, Monica Mesa | Ajustes a definiciones , inclusión de Plan de Monitoreo y Evaluación |
| | | | |
| | | | |

CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| ABREVIATURAS | 7 |
| PLAN ESTRATEGICO NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN 2016-2025 | 8 |
| Introducción | 9 |
| Análisis situacional de la Enfermedad de Hansen en Colombia | 10 |
| 1. Antecedentes del plan estratégico 2010-2015 | 10 |
| 2. Situación actual de la Enfermedad de Hansen | 10 |
| 2.1. Situación mundial | 10 |
| 2.2. Situación en Colombia | 11 |
| 3. Análisis del plan estratégico 2010-2015..... | 14 |
| 3.1. Análisis de logros | 15 |
| 3.2. Oportunidades de mejora | 16 |
| 4. Desafíos para el nuevo Plan Estratégico 2016 - 2025 | 17 |
| Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen: “Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen”: | |
| 2016-2025 | 23 |
| 1. Principios | 23 |
| 2. Objetivo General..... | 23 |
| 3. Metas Estratégicas | 23 |
| 4. Pilares Estratégicos | 24 |
| 5. Despliegue de Objetivos y Actividades | 24 |
| 5.1. Pilar estratégico 1 | 26 |
| 5.2. Pilar estratégico 2 | 28 |
| 5.3. Pilar estratégico 3 | 33 |
| 6. Plan de Seguimiento y evaluación | 34 |
| Bibliografía..... | 44 |

ABREVIATURAS

| | |
|-----------|--|
| DANE: | Departamento Administrativo Nacional de Estadística |
| EAPB: | Empresa Administradora de Planes de Beneficios |
| IPS: | Institución Prestadora de Servicios de Salud |
| INS: | Instituto Nacional de Salud |
| LEM: | Monitoreo de la Eliminación de la Enfermedad de Hansen |
| IEC: | Información, Educación, Comunicación |
| LNR: | Laboratorio Nacional de Referencia |
| LSP: | Laboratorio de Salud Pública |
| MSPS: | Ministerio de Salud y Protección Social |
| MB: | Multibacilar |
| OMS: | Organización Mundial de la Salud |
| ONG: | Organización No Gubernamental |
| OPS: | Organización Panamericana de la Salud |
| PB: | Paucibacilar |
| PIC: | Plan de Intervenciones Colectivas |
| POA: | Plan operativo Anual |
| PQT: | Poliquimioterapia |
| RBC: | Rehabilitación Basada en Comunidad |
| RNL : | Red Nacional de Laboratorios |
| RRHH: | Recursos Humanos |
| SGSSS: | Sistema General de Seguridad Social en Salud |
| SIVIGILA: | Sistema de Vigilancia en Salud Pública |
| SISPRO: | Sistema de Información de la Protección Social |
| UPGD: | Unidad Primaria Generadora de Datos |
| TN: | Transferencias Nacionales |

PLAN ESTRATEGICO NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN 2016-2025

*“Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad de
Hansen”*

Introducción

La enfermedad de Hansen continúa siendo una patología de interés en salud pública a pesar de que se alcanzó la meta de eliminación a menos de un paciente por cada 10.000 habitantes.

En los tres últimos decenios han ocurrido avances notables en el control de la Enfermedad de Hansen, gracias a la disponibilidad generalizada y gratuita de una farmacoterapia energética en forma de poliquimioterapia, estrategias adecuadas, una sólida colaboración con los principales asociados y el compromiso político de los países donde la Enfermedad de Hansen es endémica. (1)

La eliminación de la Enfermedad de Hansen como un problema mundial de salud pública se logró en el 2000. Desde el punto de vista práctico, esta meta se definió como una prevalencia registrada de menos de un caso de Enfermedad de Hansen por 10 000 habitantes. (1)

Es así como cada país asume la realización de planes estratégicos en los cuales el lema principal gira en torno a mejorar el impacto que se tiene sobre la enfermedad. El último plan estratégico de Colombia abarcó el periodo 2010 a 2015 y tenía como lema “Aliviar la Carga de la Enfermedad y Sostener las Actividades de Control de Lepra”. A través de estos lineamientos se logró disminuir la prevalencia en el país y en algunos departamentos, pero en ciertos municipios siguen presentándose prevalencias de más de un caso por cada 10.000 habitantes, pocas variaciones en las tasas de detección de casos nuevos, casos diagnosticados con discapacidad grado II y multibacilares, lo que corrobora la falta de detección temprana que se realiza de esta enfermedad.

Este nuevo plan denominado “Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen 2016-2025” tiene por objeto Disminuir la prevalencia de Enfermedad de Hansen para mantener el cumplimiento de los criterios internacionales de eliminación de la Enfermedad de Hansen en Colombia hasta alcanzar indicadores que den cuenta de ninguna o una mínima transmisión.

Para lograr el anterior resultado se establecen metas generales encaminadas a disminuir a 2021 la discapacidad grado 2 por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos a una tasa de 0,58 casos por un millón de habitantes y lograr reducir la Enfermedad de Hansen infantil en 60% respecto a la línea de base de 2015. A 2025 disminuir la discapacidad grado 2 por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos a una tasa de 0,46 casos por un millón de habitantes y reducir la Enfermedad de Hansen infantil, en 100% con respecto a la línea de base 2015.

Este plan propone a la vez tres pilares estratégicos:

1. Reforzar la rectoría y gobernanza de las entidades territoriales y la nación en el control de la enfermedad de Hansen a través de la coordinación y las alianzas
2. Detener la Enfermedad de Hansen y sus complicaciones mediante la oferta de servicios integrales con oportunidad, calidad y eficiencia
3. Eliminar la discriminación y fomentar la inclusión con un enfoque de participación y garantía de derechos.

Esperamos que este plan sea una guía para llegar a la eliminación efectiva de la enfermedad de Hansen en Colombia, porque su elaboración fue fruto del consenso de todos los actores involucrados en el control de la enfermedad.

Análisis situacional de la Enfermedad de Hansen en Colombia

1. Antecedentes del plan estratégico 2010-2015

La Asamblea mundial de la salud en 1991 aprobó la propuesta de eliminar la Enfermedad de Hansen como problema de salud pública para el 2000, definiendo eliminación como la disminución de la prevalencia a menos de un caso por cada 10.000 habitantes(1).

A nivel mundial, cada quinquenio se emite una nueva estrategia para disminuir la carga de la enfermedad de Hansen y sus complicaciones. Los lineamientos emitidos para el periodo 2000 – 2005 se enfocaron en la detección pasiva de casos y la poliquimioterapia. En el periodo 2006 - 2010 la meta era continuar con la reducción de los casos y sostener las acciones de control cobrando importancia el diagnóstico oportuno y un adecuado tratamiento.

A partir del 2010, Colombia promulgó su plan estratégico, el cual tenía como objetivo aliviar la carga de la enfermedad y sostener las actividades de control de la Enfermedad de Hansen, este plan aplicaría hasta el 2015, durante estos años a nivel mundial y en el país se realizaron esfuerzos para continuar con la detección temprana y buscar la disminución de las cifras de discapacidad causada por la Enfermedad de Hansen. (2)

2. Situación actual de la Enfermedad de Hansen

2.1. Situación mundial

En el boletín epidemiológico de la OMS se señala que para el 2013 cerca de 102 países: 20 países de la región africana, 25 países de la región de América, 14 países de la región oriental, 11 países del sur este de Asia, 32 países de la región del pacifico y 32 países de la región pacífica occidental, notificaron casos de Enfermedad de Hansen a nivel mundial (3).

El Informe de actualización sobre la situación de la Enfermedad de Hansen en el mundo del 2014 (cuyo subtítulo destacaba la necesidad de una detección temprana de los casos), publicado en septiembre del 2015, se basó en las estadísticas anuales de la Enfermedad de Hansen provenientes de 121 países de cinco regiones de la OMS. (4)

La recopilación y el análisis de los datos proporcionaron la siguiente información:

- 213.899 pacientes recién diagnosticados notificados en el 2014, lo cual corresponde a una tasa de detección de 3,0 por 100 000 habitantes.(5)
- 94% de los pacientes con Enfermedad de Hansen notificados en el 2014 se ubicaron en 13 países: Bangladesh, Brasil, República Democrática del Congo, Etiopía, India, Indonesia, Madagascar, Myanmar, Nepal, Nigeria, Filipinas, Sri Lanka y la República Unida de Tanzania. (5)
- 175.544 pacientes recibían tratamiento a fin del 2014, lo cual corresponde a una prevalencia puntual de 0,25 por 10 000 habitantes. (5)

- 14.110 casos nuevos con discapacidad grado 2 se detectaron, lo cual corresponde a 6,6% del total de pacientes recién diagnosticados y a una tasa de 2,0 casos por millón. (5)
- 18.869 pacientes nuevos detectados y notificados en el 2014 fueron niños, lo que corresponde a 8,8% del total de pacientes notificados. (5)
- 61% de los pacientes fueron casos multibacilares de Enfermedad de Hansen.
- 36% de los pacientes fueron mujeres. (5)
- Las tasas de tratamiento completo de 75 países oscilaron entre 55% y 100% en los pacientes multibacilares notificados en el 2012 y en los pacientes paucibacilares notificados en el 2013. (5)
- 1.312 recaídas se notificaron en 46 países. (5)

Existen tres países con poblaciones grandes, la India, el Brasil e Indonesia, que notifican más de 10 000 casos nuevos anualmente. En conjunto, estos tres países representan el 81% de los pacientes recién diagnosticados que se notifican a escala mundial. (5)

Se ha observado una disminución moderada de la detección de casos nuevos en los últimos cinco años y la tasa discapacidad de grado 2 en los casos nuevos ha permanecido casi estable. En algunas regiones, como Sudeste Asiático, se observó incluso un aumento: 0,43 por 100 000 habitantes en el 2013 y 0,45 en el 2014.

En el cuadro 1 se presenta la prevalencia registrada en el 2014 y el número de casos nuevos detectados en 145 países y territorios. No se incluyeron datos de los países de la Región de la OMS de Europa ni de algunos países de otras regiones. (5)

Tabla 1: Prevalencia registrada a fines del 2014 y número de casos nuevos detectados durante el 2014, por región de la OMS

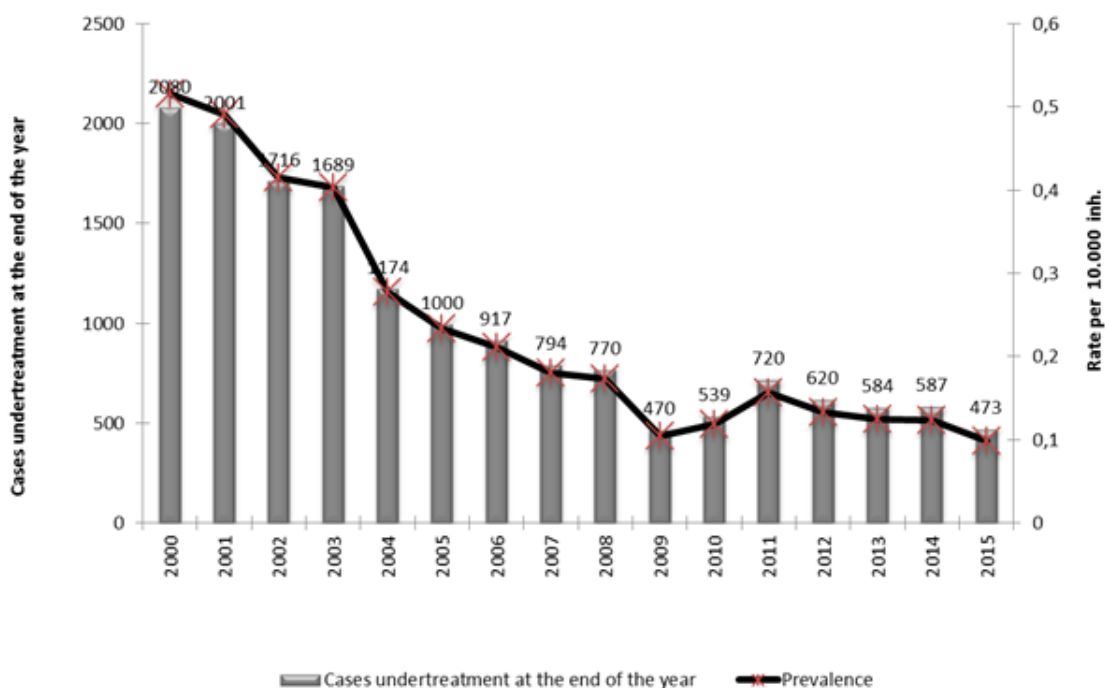
| Regiones OMS | Prevalencia registrada | | Número de casos nuevos | |
|----------------------|------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------|
| | Número | Tasa por 10 000 habitantes | Número | Tasa por 10 000 habitantes |
| África | 19.968 | 0.26 | 18.597 | 2.44 |
| Américas | 29.967 | 0.33 | 33.789 | 3.75 |
| Oriente Mediterráneo | 2.212 | 0.04 | 2.342 | 0.38 |
| Europa | ---- | ----- | ---- | ----- |
| Asia Sudoriental | 119.478 | 0.63 | 154.834 | 8.12 |
| Pacífico Occidental | 3.929 | 0.02 | 4.337 | 0.24 |
| Total | 174.554 | 0.25 | 213.889 | 3.0 |

Fuente: tomada de Estrategia mundial para la Enfermedad de Hansen 2016–2020 Acelerar la acción hacia un mundo sin Enfermedad de Hansen.

2.2. Situación en Colombia

EL país ha alcanzado la meta de eliminación de la Enfermedad de Hansen, al tener una prevalencia desde 1997 menor a un caso por cada 10.000 habitantes. Sin embargo, en el análisis territorial se evidencia que persisten municipios con prevalencias superiores a esta meta (Figura 1).

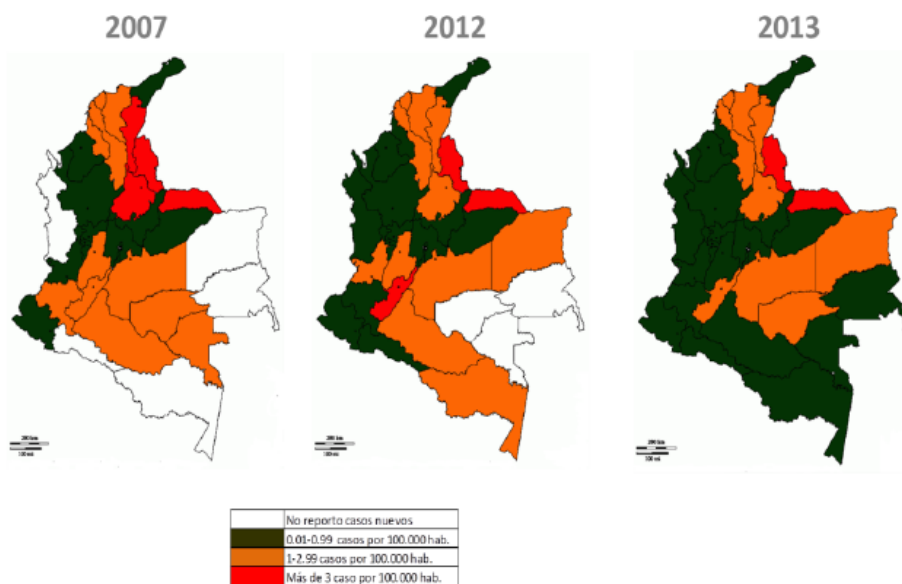
Figura 1. Prevalencia de Enfermedad de Hansen en Colombia, 2010-2015.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. 2015.

Cerca de la mitad de los casos nuevos son diagnosticados en adultos jóvenes entre los 15 y 44 años, lo cual significa que, además de encontrarse con discapacidad, se está afectando la población económicamente activa, generando un gran impacto social y económico (6).

Figura 2. Detección de nuevos casos por departamentos en Colombia 2007 -2013.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

El departamento que presenta mayor número de casos notificados de Enfermedad de Hansen es Valle del Cauca con el 10,7% (42 casos) de la notificación del país. Según el SIVIGILA, de los 391 casos confirmados, el 90,5 % corresponden a nuevos casos detectados (354 casos), el 6,4% recidiva (25 casos) y 12 casos a reingreso/abandono. La tasa de detección de casos nuevos presentados para el país hasta la semana epidemiológica 52 de 2015 fue de 0,73 casos por 100.000 habitantes. (6).

Comparando las entidades territoriales entre sí de acuerdo a la tasa de detección de casos nuevos, se encontró que el departamento con la mayor detección de casos nuevos de la enfermedad en el 2015, fue Arauca con 5,34 casos por 100.000 habitantes, seguido de Norte de Santander con 2,73 casos por 100.000 habitantes. (6).

De acuerdo al número de casos nuevos registrados por grupos de edad y sexo, la tasa de detección mayor corresponde a los hombres con 0,94 casos por 100.000 hombres (223 casos). Para el sexo femenino se registraron 131 casos (0,54 casos por 100.000 mujeres). La tasa de detección más alta por grupos de edad y sexo fue para los hombres en el grupo de edad de 60 a 64 (3,32 casos por 100.000 habitantes). (6).

El objetivo de la clasificación de la Enfermedad de Hansen es reconocer y establecer las diversas formas de la enfermedad con el fin de conocer su diagnóstico, evolución y pronóstico (6). En Colombia adoptando la clasificación operativa de la OMS, con los resultados de la baciloscopia inicial los casos pueden ser clasificados como paucibacilares cuando no se observan bacilos en el frotis directo (Índice bacilar = 0) y multibacilares (MB) cuando se encuentran bacilos en el frotis (Índice bacilar > 0), esta clasificación operativa permite orientar adecuadamente el tratamiento y dar un diagnóstico inicial de la enfermedad (6).

Del total de casos identificados (354 casos), de acuerdo a la clasificación bacteriológica, el 61,6% (218 casos) presentaban Enfermedad de Hansen multibacilar y el 38,4% (136 casos) Enfermedad de Hansen paucibacilar. En cuanto a la clasificación clínica se registró el 68,6 % (243 casos) como Enfermedad de Hansen multibacilar y el 31,4 % (111 casos) como Enfermedad de Hansen paucibacilar, demostrando que más de la mitad de los casos que se notificaron no fueron diagnosticados en etapas tempranas de la enfermedad.(7) Es importante señalar que el riesgo de daño neural en los pacientes con Enfermedad de Hansen MB es mucho mayor, por lo tanto, la clasificación es muy útil a la hora de evaluar el riesgo futuro y orientar el cuidado de los pacientes (8).

El diagnóstico de la Enfermedad de Hansen es clínico donde se pueden presentar lesiones cutáneas muy variadas e inespecíficas, el cual se complementa con una buena exploración neurológica y examen bacteriológico e histopatológico para su clasificación final y tratamiento (8). La Enfermedad de Hansen se puede clasificar de acuerdo al número de lesiones presentadas, como paucibacilares aquellos pacientes que presentan de una a cinco lesiones y como multibacilar mayor de cinco lesiones (9).

De los 354 casos detectados, 92 casos (26 %) presentaron discapacidad grado I y 46 casos (13 %) presentaron grado II de discapacidad. La evaluación de discapacidad del paciente al momento del diagnóstico, da cuenta de la oportunidad y calidad de detección y diagnóstico de la Enfermedad de Hansen. (9)

En los últimos cuatro años, la notificación de los casos de Enfermedad de Hansen evidenció un comportamiento variable en cada periodo epidemiológico; es importante destacar que desde el 2011 a 2014 se refleja un aumento del 19,6 % en la notificación del evento. En contraste con el periodo 2014 a 2015 (hasta la semana epidemiológica 52), donde se observó una disminución de 6,2 % en la notificación.

3. Análisis del plan estratégico 2010-2015.

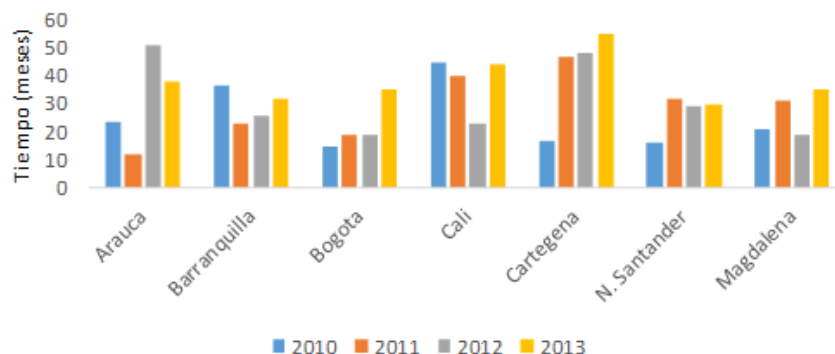
El objetivo general del Plan Estratégico 2010 - 2015 fue reducir la carga de la Enfermedad de Hansen y brindar el acceso a los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de discapacidades con oportunidad y alta calidad a toda la población, conforme a los principios de equidad y justicia social.

Al finalizar la implementación del plan estratégico 2010 - 2015 se llevó a cabo una evaluación de la ejecución y resultados alcanzados. Los hallazgos principales de dicha evaluación se presentan a continuación:

- En Colombia el diagnóstico de la Enfermedad de Hansen se hace de forma tardía, sobrepasando los dos años entre la fecha de aparición de los síntomas y la fecha de consulta para el diagnóstico, promediando 5 años entre la aparición de la lesión y el diagnóstico con una variación de 0 a 34 años, igualmente se observa una discreta tendencia al incremento a partir de 2010.

En Santa Marta, Norte de Santander, Arauca, Magdalena, Bogotá y Cali, este retraso tuvo un aumento en meses para el 2013. Barranquilla, Cartagena, Bogotá y Arauca muestran curvas irregulares con incremento a partir del 2012. Bogotá reportó el promedio más bajo entre 2010-2013. El retraso en el diagnóstico hace referencia al desconocimiento de la enfermedad y su manejo por parte del personal asistencial, lo que lleva a una prevalencia significativa de discapacidad severa, según la información suministrada por el análisis LEM 2014 (Figura 3) (10)

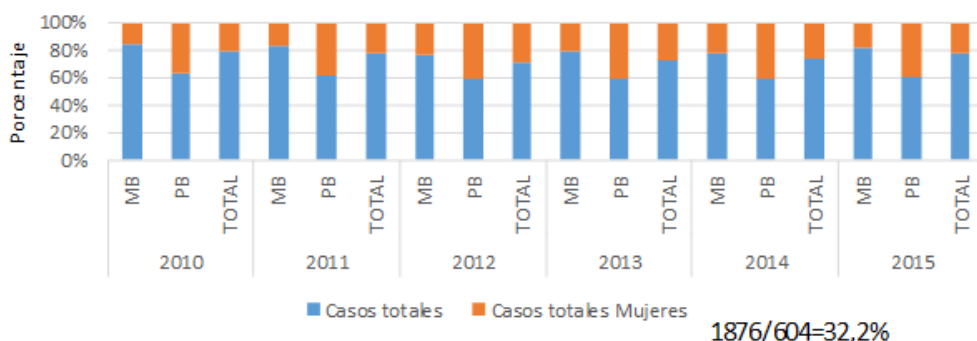
Figura 3. Retraso promedio del diagnóstico (en meses) entre el inicio de la enfermedad y diagnóstico 2010-2013.



Fuente: Datos tomados del análisis LEM 2014.

- Según el análisis LEM 2015, la razón hombre mujer para el diagnóstico de la enfermedad de Hansen es de una mujer por cada tres hombres, como lo muestra la figura 4.(9)

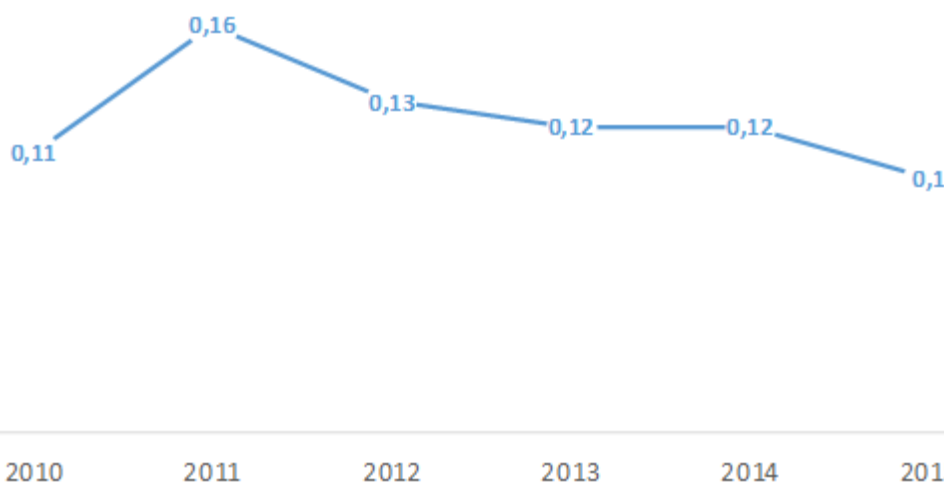
Figura 4. Proporción de mujeres en los casos nuevos. Colombia 2010-2015.



Fuente: Figura tomada del análisis LEM 2015.

- Al realizar el análisis de las metas del Plan Estratégico, se encontró como logro, una prevalencia de menos de un caso por cada 10.000 habitantes. Los departamentos de alta carga mostraron una ligera disminución presentando una prevalencia de 0,12 por 10.000 habitantes en el 2011 a 0,10 por 10.000 habitantes en el 2015. Esta estabilidad de las tasas puede ser atribuida al seguimiento del tratamiento, la actualización de la información y la aplicación del régimen de tratamiento estandarizado de doce meses para la forma multibacilar (MB) y de seis meses para la Paucibacilar (PB) (Figura 5).(9)

Figura 5. Prevalencia de Enfermedad de Hansen en Colombia 2010-2015.



Fuente: Tomada de la base de datos de Enfermedad de Hansen Ministerio de Salud

3.1. Análisis de logros

- Se evidenció que la tendencia de la prevalencia e incidencia continúa sin mayores cambios en relación a lo encontrado en las evaluaciones de periodos anteriores, manteniendo la tasa de prevalencia en menos de un caso por cada 10.000 habitantes.

- La tasa de incidencia disminuyó, dado que en el 2007 se presentó una tasa de 1,7 por 100.000 habitantes, pasando a 1,4 en 2015.
- Se realizó asistencia técnica para el manejo y protocolo de vigilancia de la enfermedad de Hansen a todos los departamentos de alta carga por parte del nivel nacional.
- Durante el periodo 2010-2015 las entidades territoriales recibieron las transferencias nacionales para las acciones de promoción, prevención y vigilancia de la Enfermedad de Hansen.
- En algunas entidades territoriales se realizó la adopción del plan nacional y se construyó el plan departamental que está en concordancia con el nacional, el cual se socializó con los diferentes actores y se entregó en medio físico.
- En los planes operativos anuales de las entidades territoriales se logró la inclusión de algunas líneas de acción del plan estratégico de Enfermedad de Hansen 2010-2015, y la respectiva asignación de recursos con fuentes del Sistema General de Participaciones y propios.
- Se logró a nivel nacional la conformación del Comité Nacional de Gestión en Enfermedad de Hansen, el cual cuenta con una amplia participación de expertos como es un representante del Ministerio de Salud y Protección Social, de la OPS, del DAWH (Ayuda Alemana), de instituciones de referencia nacional adscritas al Ministerio tales como de los Sanatorios de Agua de Dios, Contratación en Santander y el Hospital Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta, así como asociaciones de profesionales y de enfermos.
- Se ha garantizado desde el nivel nacional la disponibilidad de insumos y medicamentos del esquema regular de tratamiento a todos los pacientes de Enfermedad de Hansen en los departamentos de alta carga.
- Se cuenta con una base de datos a nivel nacional y territorial para el registro de paciente desde el año 2005 a la fecha (2016).
- Se logró la implementación del sistema de información de la circular 007 de 2015, por parte de algunas instituciones prestadoras de servicios de salud y el envío oportuno de la información en los tiempos establecidos por el nivel nacional.
- En los departamentos de alta carga, se evidenció que se realiza seguimiento y control a la entrega de subsidios para los pacientes que cumplen con los requisitos que establece las Leyes 14 de 1964 y 380 de 1997.(10)

3.2. Oportunidades de mejora

Existieron dificultades para lograr una adecuada ejecución del Plan Estratégico de Enfermedad de Hansen 2010 – 2015, estas dificultades fueron evidenciadas en las visitas realizadas por el Ministerio y los diferentes informes que se derivaron de estas, además del informe anual del

SIVIGILA. Es importante resaltar que hubo dos municipios de alta prevalencia que no fueron visitados, así como no se realizaron visitas a los departamentos del escenario 2, aquellos con baja prevalencia para la enfermedad de Hansen.

- Las visitas de asesoría y asistencia técnica de las direcciones departamentales de salud a los municipios con alta carga no se realizaron con la frecuencia estipulada en el plan estratégico. No se realizaron visitas a los municipios en silencio epidemiológico.
- En algunas entidades territoriales no se crearon unidades para el análisis de casos especiales de Enfermedad de Hansen, casos de discapacidad ni articulación con los programas de salud mental para lograr un abordaje integral del paciente.
- No se logró que algunas EAPB tuvieran la Enfermedad de Hansen como una prioridad en sus planes de salud pública ni la implementación del sistema de información y vigilancia del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Los recursos asignados no son ejecutados en su totalidad por las entidades territoriales.
- La concordancia entre la caracterización de los pacientes de Enfermedad de Hansen en los registros de las entidades territoriales y el SIVIGILA no fue del 100%, esto dificulta tener claridad en la situación actual de la enfermedad.
- La meta del plan estratégico 2010 - 2015 para comprobación histopatológica del diagnóstico solo se cumplió en el 64,68% de los casos en el año 2015.
- El diagnóstico tardío de la enfermedad de Hansen se evidencia en que solo el 10% de los pacientes reportados en el país al momento del diagnóstico tenían lesión única.
- Persiste el uso de la escala de índice bacilar colombiana y aún no se ha hecho la estandarización a la escala usada por la OMS (Sistema Ridley y Jopling).
- La estrategia de rehabilitación basada en la comunidad aún no se ha implementado en el 100% de los departamentos y distritos.
- La transmisión activa de la Enfermedad de Hansen sigue siendo un problema, se evidencia por la tasa de menores de 15 años diagnosticados es de 1.11 por cada 100.000 habitantes.(10)
- Las acciones de vigilancia de la resistencia del M Enfermedad de Hansen está en un desarrollo incipiente, a nivel institucional y no como una estrategia nacional.

4. Desafíos para el nuevo Plan Estratégico 2016 - 2025

En el proceso de evaluación del Plan Estratégico 2010 – 2015 que incluyó la revisión documental de informes estadísticos, informes de gestión, análisis de informe LEM y reuniones con diferentes actores involucrados en la ejecución del mismo, se identificaron un conjunto de posibles problemas

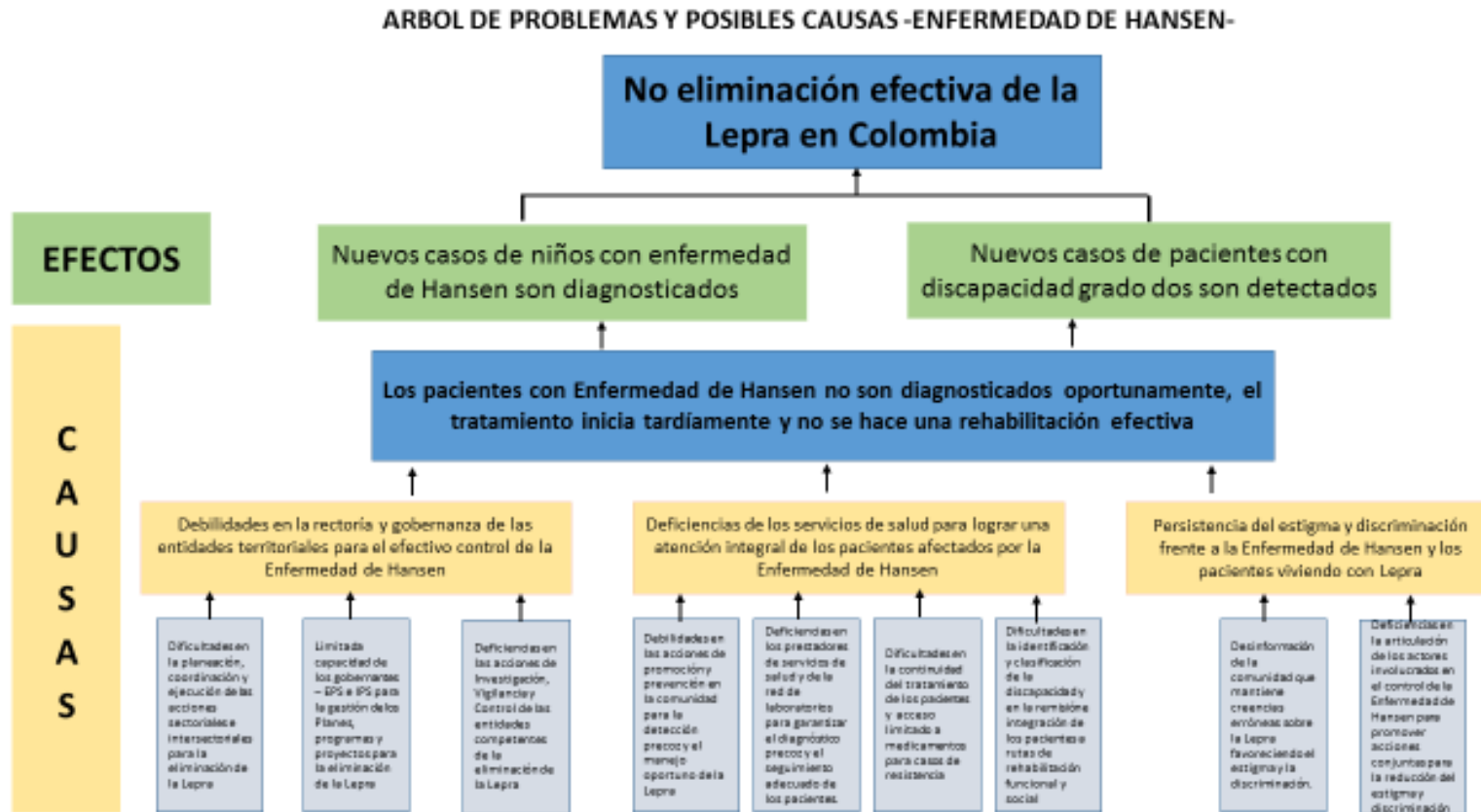
en la implementación que pueden explicar la situación frente al cumplimiento de los objetivos y metas en la eliminación de la Enfermedad de Hansen en Colombia.

En la gráfica que se presenta a continuación se esquematiza el árbol de problemas y posibles causas que explicarían la situación actual y que servirá además de base para la formulación de objetivos, metas y estrategias del nuevo plan.

La meta de lograr la eliminación efectiva de la Enfermedad de Hansen en Colombia se logrará si se mantienen los esfuerzos que se han venido realizando en los últimos años, aunque es necesario superar las brechas que se presentan y que se convierten en los desafíos a ser superados y que se pueden resumir de la manera siguiente:

- i. Debilidades en la rectoría y gobernanza de las entidades territoriales para el efectivo control de la Enfermedad de Hansen**
 - Dificultades en la planeación, coordinación y ejecución de las acciones sectoriales e intersectoriales para la eliminación de la Enfermedad de Hansen
 - Limitada capacidad de los gobernantes – EAPB e IPS para la gestión de los planes, programas y proyectos para la eliminación de la Enfermedad de Hansen
 - Deficiencias en las acciones de Investigación, Vigilancia y Control de las entidades competentes de la eliminación de la Enfermedad de Hansen
- ii. Deficiencias de los servicios de salud para lograr una atención integral de los pacientes afectados por la Enfermedad de Hansen**
 - Debilidades en las acciones de promoción y prevención en la comunidad para la detección precoz y el manejo oportuno de la Enfermedad de Hansen
 - Deficiencias en los prestadores de servicios de salud y de la red de laboratorios para garantizar el diagnóstico precoz y el seguimiento adecuado de los pacientes.
 - Dificultades en la continuidad del tratamiento de los pacientes y acceso limitado a medicamentos para casos de resistencia
 - Dificultades en la identificación y clasificación de la discapacidad y en la remisión e integración de los pacientes a rutas de rehabilitación funcional y social.

Diagrama 1. Árbol de problemas y posibles causas – Enfermedad de Hansen



iii. Persistencia del estigma y discriminación frente a la Enfermedad de Hansen y los pacientes viviendo con Enfermedad de Hansen

- Desinformación de la comunidad que mantiene creencias erróneas sobre la Enfermedad de Hansen favoreciendo el estigma y la discriminación.
- Deficiencias en la articulación de los actores involucrados en el control de la Enfermedad de Hansen para promover acciones conjuntas para la reducción del estigma y discriminación

Con base en el anterior análisis el nuevo plan debe proponer una modificación en la situación presentada, que se resume en el Diagrama 2.

La situación deseada en el Plan Estratégico 2016 – 2025 es continuar en el camino hacia la eliminación efectiva de la Enfermedad de Hansen en Colombia, Para ello es necesario que los pacientes con enfermedad de Hansen, sean diagnosticados precozmente, inicien tratamiento de manera oportuna y tengan una rehabilitación efectiva. La meta será entonces no tener casos de niños diagnosticados con Enfermedad de Hansen y reducir al mínimo el número de nuevos caso diagnosticados con discapacidad grado dos.

El plan deberá orientarse a superar los desafíos planteados en el análisis de brechas descritas anteriormente implementando acciones para:

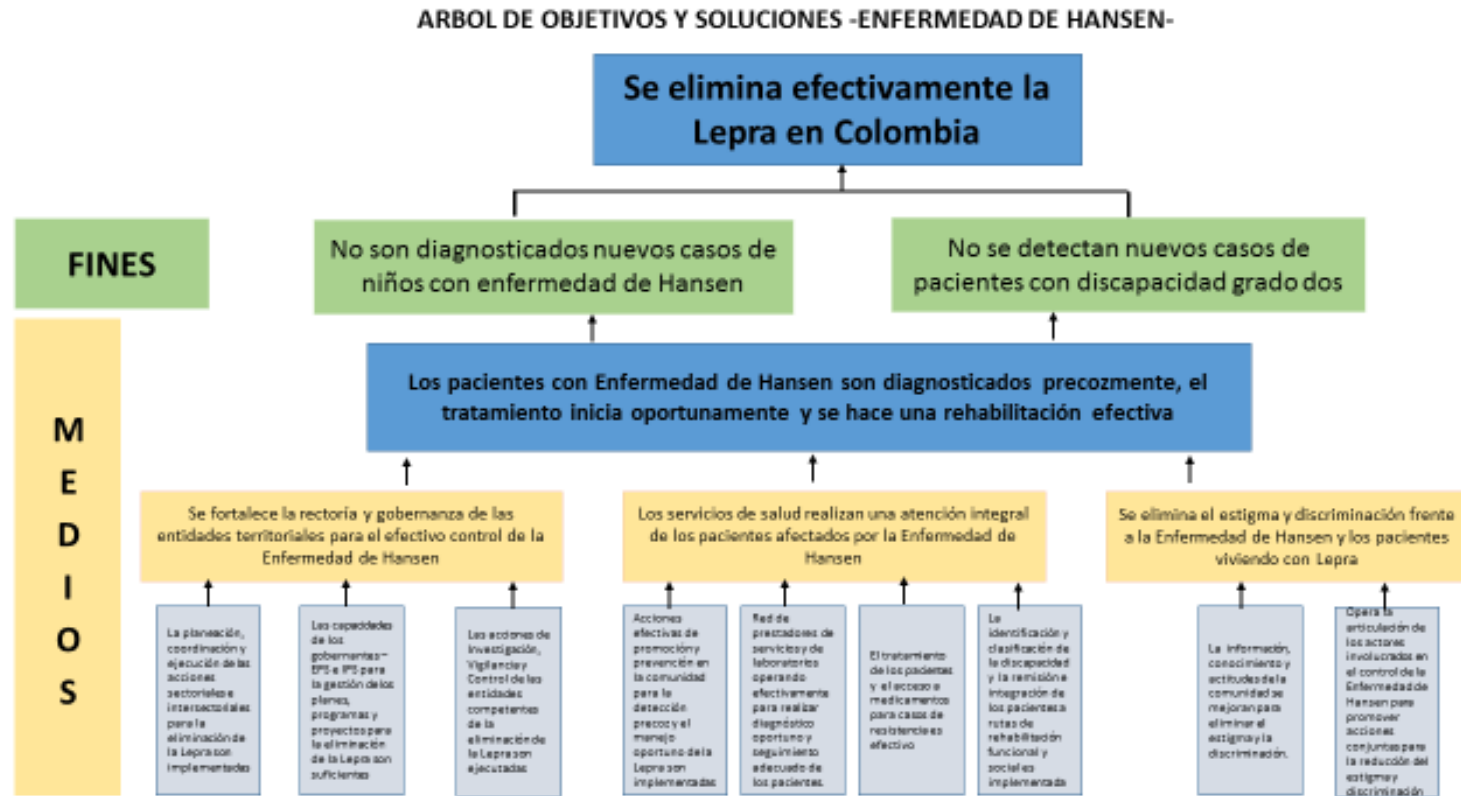
i. El fortalecimiento de la rectoría y gobernanza de las entidades territoriales para el efectivo control de la Enfermedad de Hansen, logrando que:

- La planeación, coordinación y ejecución de las acciones sectoriales e intersectoriales para la eliminación de la Enfermedad de Hansen sean implementadas
- Mejorar las capacidades de los gobernantes – EAPB e IPS para la gestión de los planes, programas y proyectos para la eliminación de la Enfermedad de Hansen
- Las acciones de Investigación, Vigilancia y Control de las entidades competentes de la eliminación de la Enfermedad de Hansen sean ejecutadas

ii. Los servicios de salud realicen una atención integral de los pacientes afectados por la Enfermedad de Hansen para lograr que:

- Acciones efectivas de promoción y prevención en la comunidad para la detección precoz y el manejo oportuno de la Enfermedad de Hansen sean implementadas.

Diagrama 2. Árbol de problemas y posibles causas – Enfermedad de Hansen



- La red de prestadores de servicios y de laboratorios operando efectivamente para realizar diagnóstico oportuno y seguimiento adecuado de los pacientes
- El tratamiento de los pacientes y el acceso a medicamentos para casos de resistencia sea efectivo
- La identificación y clasificación de la discapacidad y la remisión e integración de los pacientes a rutas de rehabilitación funcional y social es implementada

iii. Eliminación del estigma y discriminación frente a la Enfermedad de Hansen y los pacientes viviendo con Enfermedad de Hansen. Los esfuerzos deberán concentrarse en lograr que:

- La información, conocimiento y actitudes de la comunidad se mejoran para eliminar el estigma y la discriminación.
- Opere la articulación de los actores involucrados en el control de la Enfermedad de Hansen para promover acciones conjuntas para la reducción del estigma y discriminación

Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen: “*Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen*”: 2016-2025

1. Principios

El Plan Estratégico Nacional de Control de la Enfermedad de Hansen 2016-2025:

- i. Reconoce la responsabilidad que tienen los gobiernos nacional y territoriales en la rectoría y gobernanza frente al control de la Enfermedad de Hansen.
- ii. Articula el plan estratégico nacional de enfermedad de Hansen con los lineamientos mundiales y planes nacionales
- iii. Reconoce los avances y busca superar los desafíos: construir sobre lo hecho.
- iv. Se fundamenta en la experiencia y conocimientos adquiridos en la implementación del plan anterior
- v. Pretende garantizar acceso a servicios integrales con oportunidad y calidad
- vi. Se enfoca prioritariamente a brindar servicios integrales a niños y mujeres
- vii. La participación activa de las personas afectadas por la enfermedad de Hansen es prioridad de este Plan.
- viii. La prevención de la discapacidad y la rehabilitación integral de los pacientes son principios orientadores del plan.
- ix. Hace hincapié en la investigación encaminada a respaldar el control de la Enfermedad de Hansen.
- x. El Plan debe adaptarse a la Política de Atención Integral en Salud y los procesos que se deriven de ella.

2. Objetivo General

Disminuir la prevalencia de Enfermedad de Hansen para mantener el cumplimiento de los criterios internacionales de eliminación de la Enfermedad de Hansen en Colombia hasta alcanzar indicadores que den cuenta de ninguna o una mínima transmisión.

3. Metas Estratégicas

Teniendo en cuenta que Colombia formuló un Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) para el período 2012 – 2021, es pertinente formular las metas de este Plan teniendo en cuenta dos horizontes temporales. El primero a 2021, teniendo en cuenta las metas planteadas en el PDSP y a 2025 que es el horizonte temporal de este plan estratégico. En consideración de lo mencionado se proponen las siguientes metas:

A 2021

1. Disminuir la discapacidad grado 2 por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos a una tasa de 0,58 casos por un millón de habitantes.
2. Reducir la Enfermedad de Hansen infantil en 60% respecto a la línea de base de 2015.

A 2025

3. Disminuir la discapacidad grado 2 por Enfermedad de Hansen entre los casos nuevos a una tasa de 0.46 casos por un millón de habitantes.
4. Reducir la Enfermedad de Hansen infantil en 100% con respecto a la línea de base en 2015.

4. Pilares Estratégicos

Como se mencionó en el numeral 4 y en consonancia con lo propuesto en la Estrategia Mundial para la Eliminación de la Enfermedad de Hansen 2016 – 2020, el Plan Estratégico para la Eliminación de la Enfermedad de Hansen en Colombia 2016 – 2025 propone los siguientes pilares estratégicos:

1. Reforzar la rectoría y gobernanza de las entidades territoriales y la nación en el control de la enfermedad de Hansen a través de la coordinación y las alianzas.
2. Detener la enfermedad de Hansen y sus complicaciones mediante la oferta de servicios integrales con oportunidad, calidad y eficiencia.
3. Eliminar la discriminación y fomentar la inclusión con un enfoque de participación y garantía de derechos.

5. Despliegue de Objetivos y Actividades

Teniendo en cuenta lo planteado en los diagramas causales presentados en el capítulo 4, a continuación, se despliega para cada pilar estratégico el conjunto de objetivos, metas y actividades indicativas.

Para este plan se entiende como actividades indicativas aquellas acciones que se consideran prioritarias para el cumplimiento de los objetivos y el logro de las metas. No se pretende con esas actividades llegar al detalle de tareas que estarían contempladas en los planes operativos que desarrollan los entes territoriales para la implementación de este plan estratégico.

Para cada una de las actividades se identifican los Dinamizadores de su ejecución, de acuerdo con la siguiente nomenclatura:

1. Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Direcciones Departamentales/Distrital de Salud.
3. Direcciones Locales de Salud.
4. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.
5. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Incluye centros de referencia y sanatorios).
6. Instituto Nacional de Salud.
7. Personas afectadas por Enfermedad de Hansen.
8. Academia (Universidades, sociedades científicas, etc.)
9. Otros sectores

5.1. Pilar estratégico 1

| | | |
|--|---|---|
| Reforzar la rectoría y gobernanza de las entidades territoriales y la nación en el control de la Enfermedad de Hansen a través de la coordinación y las alianzas. | | |
| Objetivos Específicos | | |
| 1.1 Lograr una planeación, coordinación y ejecución efectiva de las acciones sectoriales e intersectoriales para la eliminación de la Enfermedad de Hansen en los ámbitos territoriales. | 1.2 Mejorar las capacidades de las Entidades Territoriales – EAPB e IPS para la gestión de los planes, programas y proyectos dirigidos a la eliminación de la Enfermedad de Hansen. | 1.3 Ejecutar efectivamente acciones de Seguimiento y Evaluación por parte de las entidades encargadas de realizar acciones tendientes a la prevención y manejo de la Enfermedad de Hansen |
| Actividades Indicativas | | |
| 1. Generar y fortalecer un espacio sectorial y en lo posible intersectorial a nivel nacional, con el fin de generar espacios técnicos y de gestión para beneficio del abordaje programático de este evento. En esta mesa de trabajo periódica se considera la integración de las siguientes instituciones: Ministerio de Salud y Protección Social, Direcciones Departamentales/Distrital de Salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Incluye centros de referencia y sanatorios), Instituto Nacional de Salud, Personas afectadas por Enfermedad de Hansen, la Academia (Universidades, sociedades científicas, etc.) y otros sectores | 1. Formular y ejecutar acciones de generación de capacidades en Enfermedad de Hansen en cada una de las entidades territoriales. | 1. Unificar el reporte de información epidemiológica, de laboratorio y gestión del programa, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, el SIVIGILA y de la Red Nacional de Laboratorios. |

| | | |
|--|--|---|
| <p>2. Formular e implementar el plan estratégico de Enfermedad de Hansen en las entidades territoriales departamentales, distritales.</p> | <p>2. Formular y ejecutar actividades asistencia técnica desde las entidades territoriales nacional y departamental para el fortalecimiento de la capacidad de gestión en los distritos, municipios, EAPB e IPS.</p> | <p>2. Reforzar los sistemas de vigilancia y de información sanitaria, incluyendo los sistemas de georreferenciación para contribuir al monitoreo y evaluación de los programas.</p> |
| | <p>3. Implementar alianzas con el sector educativo, la academia y con las asociaciones científicas para la y otros actores con el fin de facilitar la implementación de las estrategias.</p> | <p>3. Ejecutar investigaciones operacionales para mejorar las evidencias que fundamenten políticas, estrategias y actividades.</p> |
| <p>4. Establecer alianzas entre diferentes sectores y fomentar la colaboración a nivel transnacional, nacional y subnacional para la ejecución de las estrategias de control de la Enfermedad de Hansen.</p> | | <p>4. Realizar acciones intrasectoriales e intersectoriales para el diseño y desarrollo de proyectos de investigación dirigidos a la búsqueda de nuevas estrategias y metodologías para el mejoramiento de la atención integral de los casos.</p> |

5. Desarrollar estrategias de Inspección, Vigilancia y Control, por parte de las entidades territoriales para garantizar que las EAPB e IPS cumplan con las funciones, responsabilidades y normas técnicas en la atención integral de las personas con enfermedad de Hansen.

5. Implementar la vigilancia rutinaria de la resistencia a fármacos para el manejo de la Enfermedad de Hansen.

6. Fortalecer un sistema de monitoreo para garantizar el seguimiento estricto a los esquemas de tratamiento y al paciente después del alta por lo menos cinco años posteriores de su egreso apoyados en los sistemas de información.

5.2. Pilar estratégico 2

Objetivos Específicos

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>2.1 Implementar acciones efectivas de promoción y prevención para incrementar la detección precoz y reducir la transmisibilidad de la Enfermedad de Hansen.</p> | <p>2.2 Fortalecer la organización y funcionamiento efectivo de la red de prestadores de servicios y de laboratorios para mejorar la calidad y oportunidad del diagnóstico y el seguimiento adecuado de los pacientes.</p> | <p>2.3 Mejorar la calidad y oportunidad en el tratamiento de los pacientes y el acceso a medicamentos para casos de resistencia.</p> | <p>2.4 Fortalecer la identificación y clasificación de la discapacidad y la remisión e integración de los pacientes a rutas de rehabilitación funcional y social, incluyendo la rehabilitación basada en la comunidad.</p> |
| <p>Actividades Indicativas</p> | | | |
| <p>1. Desarrollar actividades de información y educación a la comunidad para incrementar los niveles de conocimiento acerca de la enfermedad de Hansen (estimular la autonotificación).</p> | <p>1. Fortalecer la capacidad de las EAPB, las IPS y la red de laboratorios para asegurar la calidad y oportunidad del diagnóstico y seguimiento de los pacientes de Enfermedad de Hansen.</p> | <p>1. Establecer mecanismos efectivos de comunicación, referencia y contra referencia entre los diferentes niveles de atención y actores intervinientes.</p> | <p>1. Desarrollar investigación para la actualización de la situación de discapacidad de las personas afectadas por la Enfermedad de Hansen.</p> |

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>2. Fomentar la detección precoz mediante la búsqueda activa con enfoque diferencial en población priorizada y vulnerable.</p> | <p>2. Asistencia técnica para fortalecer la capacidad de los laboratorios de las IPS y de los laboratorios departamentales para mejorar la oportunidad y calidad en el diagnóstico y el manejo de los pacientes con Enfermedad de Hansen.</p> | <p>2. Fortalecer el uso de nuevas tecnologías de información y comunicación para apoyar a los profesionales de la salud en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes (Ej. Telemedicina).</p> | <p>2. Formular una estrategia de rehabilitación para la reducción de la discapacidad en las personas afectadas por la Enfermedad de Hansen con la participación de las entidades territoriales, las EAPB, las IPS y los pacientes.</p> |
| <p>3. Realizar un manejo y seguimiento efectivo de los convivientes incluyendo evaluación clínica y vacunación con BCG.</p> | <p>3. Estandarizar y adoptar una nueva escala de valoración diagnóstica para los pacientes con Enfermedad de Hansen, consonante con los estándares internacionales.</p> | <p>3. Articular la atención integral de las personas afectadas por la enfermedad de Hansen a las diferentes rutas y redes de atención dentro del modelo de atención vigente en el sistema de salud.</p> | <p>3. Actualizar las normas técnicas de prevención, detección, clasificación y manejo de la discapacidad.</p> |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | <p>4. Ejecutar un plan para la adopción de nuevas tecnologías que permitan el desarrollo de la red nacional de laboratorios para clasificación y vigilancia de la resistencia.</p> | <p>4. Identificar y gestionar el aseguramiento de los pacientes no afiliados al sistema de seguridad social en salud.</p> | <p>4. Estructurar dentro del marco de las redes integrales de atención de las EAPB las rutas de rehabilitación funcional.</p> |
| | <p>5. Realizar regularmente la evaluación externa del desempeño a los laboratorios de la RNL.</p> | <p>5. Fortalecer la supervisión de la adherencia al tratamiento.</p> | <p>5. Incluir en el registro de localización y caracterización a las personas con discapacidad para su remisión a las rutas integrales de rehabilitación.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>6. Asegurar el acceso a medicamentos incluyendo nuevos esquemas para acortar el tratamiento, mejorar la efectividad, reducir y tratar la resistencia.</p> | <p>6. Formular e implementar protocolos para la referencia de los pacientes con Enfermedad de Hansen a los programas de protección social.</p> |
| | | | <p>7. Desarrollar alianzas con otros sectores dirigidos a la generación y mejoramiento de ingresos de las personas afectadas por la Enfermedad de Hansen y sus familias.</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | 8. Implementar la estrategia de RBC en los territorios (departamentos, distritos y municipios) con Enfermedad de Hansen como parte de los planes territoriales de salud y operativos anuales. |
|--|--|--|---|

5.3. Pilar estratégico 3

| Pilar Estratégico 3 | |
|--|---|
| Eliminar la discriminación y fomentar la inclusión con un enfoque de participación y garantía de derechos. | |
| Objetivos Específicos | |
| 3.1 Mejorar la información, conocimiento y actitudes de la comunidad frente a la Enfermedad de Hansen para eliminar el estigma y la discriminación. | 3.2 Fortalecer la articulación de los actores involucrados en el control de la Enfermedad de Hansen que promuevan acciones conjuntas para la reducción del estigma y discriminación. |
| Actividades Indicativas | |
| <ol style="list-style-type: none"> Desarrollo de investigaciones para mejorar el entendimiento sobre los conocimientos y actitudes de la población que ayuden a comprender las causas del estigma y discriminación y formular estrategias de reducción. Desarrollar una estrategia de comunicación con participación comunitaria y movilización social para erradicar el estigma histórico asociado a la Enfermedad de Hansen. | <ol style="list-style-type: none"> Empoderar a los afectados por la enfermedad y reforzar su capacidad para participar activamente en el mejoramiento de los servicios de atención a la Enfermedad de Hansen y en la formulación de políticas y estrategias para favorecer la inclusión social de los pacientes. Identificación de líderes, asociaciones de pacientes y expacientes y fortalecimiento de sus capacidades. Formular estrategias y planes de acción para luchar por la abolición del estigma y la discriminación, así como el fomento de políticas que faciliten la inclusión social de las personas afectadas |

| |
|------------------------------|
| por la Enfermedad de Hansen. |
|------------------------------|

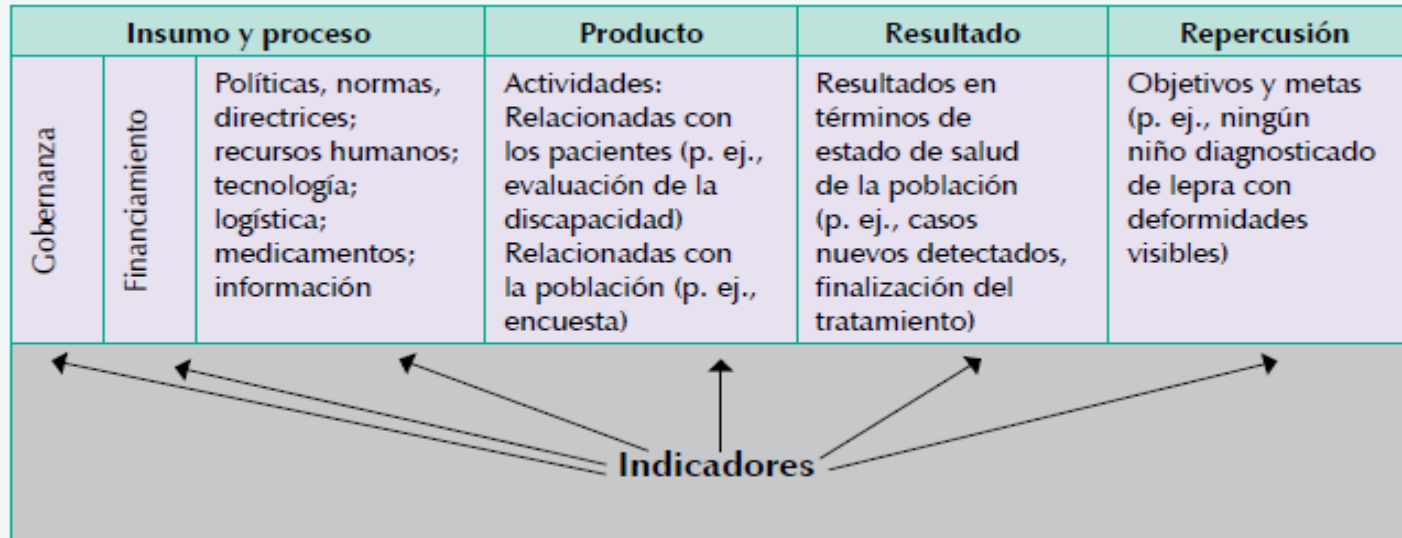
6. Plan de Seguimiento y evaluación

Para este componente el país está realizando adaptación al contexto nacional de lo propuesto en la guía de monitoreo y evaluación presentada por la Organización Mundial de la Salud en el marco de la Estrategia mundial para la lepra 2016–2020¹. Asimismo, este componente debe estar acoplado a la Política de Atención Integral en Salud (**PAIS**), las Rutas Integrales de Atención en Salud (**RIAS**) y el Modelo Integral de Atención en Salud (**MIAS**).

El sistema de información ideal para la lepra debe basarse en casos y permitir la generación de informes a todos los prestadores de servicios, también privados, así como permitir el desglose de los datos por zona geográfica, sexo, edad, país de origen y tipo de localidad de residencia (urbana o rural). También debe permitir el análisis de los factores de riesgo de lepra para identificar los grupos vulnerables. Preferiblemente debe basarse en un repositorio central de datos con agregación e intercambio habitual en todos los niveles. Debe estar respaldado por un mecanismo de garantía de la calidad para reducir al mínimo los errores y asegurar la calidad de los datos, y ser capaz de proporcionar información resumida, bien presentada, fácil de interpretar para la toma de decisiones y fácil de difundir y compartir¹.

¹ Estrategia mundial para la lepra 2016–2020. Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. Guía de monitoreo y evaluación. Organización Mundial de la Salud 2017 disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254907/11/9789290225874-spa.pdf>

Figura 1: Indicadores en el ámbito del marco de monitoreo



Fuente: Dr. Padebettu Krishnamurthy.

Los insumos y recursos son necesarios para llevar a cabo las actividades. Si se usan los recursos, entonces tendrán lugar las actividades planificadas. Si se realizan las actividades, entonces es de esperar que se presten los servicios (producto). Si se llevan a cabo los productos, entonces es de esperar que el programa obtenga resultados en la población destinataria. Y si se obtienen los resultados previstos, entonces tal vez se produzcan cambios en la población (repercusión).

Definiciones

6.1 Definiciones de tipos de pacientes¹.

A la luz de la estrategia mundial de eliminación de la lepra 2016–2020, y teniendo presente la necesidad de mejorar las actividades de farmacovigilancia (para lo cual es fundamental saber si un paciente ha estado antes expuesto o no a fármacos antileproso), se consideró que el énfasis exclusivo en los casos nuevos “excluiría” del análisis programático otros casos de retratamiento. Además, la definición de recaída se desarrolló antes de que se recomendara basar el diagnóstico de lepra en datos clínicos. Por consiguiente, se ha procedido a actualizar la definición para ajustarla mejor a las prácticas reales sobre el terreno. Se ofrecen a continuación las nuevas definiciones de casos, que esperamos se incorporen a los programas nacionales contra la lepra:

Se considera **caso de lepra** todo paciente que presente al menos una de las siguientes características:

- (1) lesiones cutáneas hipopigmentadas con hipoestesia (disminución de la sensibilidad);
- (2) deterioro o afectación de los nervios periféricos, demostrados por a) hipoestesia clara, o b) debilidad en manos y pies o cara, o c) trastornos funcionales neurovegetativos como la anhidrosis (sequedad de piel);
- (3) presencia de deformidades visibles;
- (4) signos de la enfermedad con presencia demostrada de bacilos en un frotis cutáneo o confirmación histopatológica que además necesite tratamiento antileproso según decisión adoptada por un médico clínico.

Entre los casos de lepra, cabe establecer además las siguientes definiciones:

Caso nuevo (de lepra): paciente diagnosticado de lepra que nunca antes ha recibido tratamiento antileproso;

Caso de retratamiento (de lepra): paciente diagnosticado de lepra que ya ha recibido antes tratamiento antileproso.

Los casos de retratamiento se clasifican a su vez en las siguientes subcategorías:

Retratamiento tras haber perdido el contacto: paciente diagnosticado de lepra que abandonó el tratamiento antes de completarlo y regresa al establecimiento de salud para completar el tratamiento pasados 3 meses en los casos paucibacilares o 6 meses en los multibacilares.

Recaída: paciente que completó en el pasado una tanda completa de tratamiento contra la lepra y regresa con signos y síntomas de la enfermedad que el médico clínico no atribuye a una reacción leprosa.

Traslado: paciente que ha comenzado el tratamiento en un establecimiento de salud y acude a otro distinto para seguir el tratamiento.

Otras formas de retratamiento: todo caso de lepra que requiera retratamiento y no corresponda a ninguna de las tres categorías anteriores.

Tanto los casos nuevos como los casos de retratamiento pueden dividirse a su vez en:

Caso paucibacilar (PB): caso de lepra con 1 a 5 lesiones cutáneas y sin presencia demostrada de bacilos en un frotis cutáneo.

Caso multibacilar (MB): caso de lepra con más de 5 lesiones cutáneas; o con afectación nerviosa (neuritis pura o cualquier número de lesiones cutáneas y neuritis); o con presencia demostrada de bacilos en un frotis por raspado de incisión cutánea, con independencia del número de lesiones cutáneas.

Definiciones de resultados

Se han modificado los resultados asignados a los pacientes tras el tratamiento antibiótico para adaptarlos mejor a las realidades del manejo sobre el terreno y orientar la desclasificación de los casos de retratamiento. Se espera de los programas nacionales que adopten las nuevas definiciones y modifiquen en consonancia sus formularios de registro y notificación. Se definen los siguientes resultados:

Tratamiento completado en el plazo normal: paciente nuevo que recibe tratamiento antileproso con una tanda completa de politerapia (seis dosis en 9 meses para los casos PB o doce dosis en 18 meses para los casos MB).

Pérdido: paciente que ha interrumpido el tratamiento durante 3 meses o más (en los casos PB) o durante 6 meses o más (en los casos MB). Anteriormente se definía como "incumplimiento", pero se ha cambiado a "pérdida de contacto" para usar un término que no resulte peyorativo para las personas afectadas por la lepra.

Traslado: paciente diagnosticado de lepra que comenzó el tratamiento en un establecimiento de salud donde quedó registrado y posteriormente ha sido transferido a otro establecimiento de salud (en la medida de lo posible, se asignará a estos pacientes un resultado de tratamiento tras preguntar al establecimiento de procedencia).

Fallecimiento: paciente diagnosticado de lepra y fallecido por cualquier causa durante el tratamiento.

Respuesta clínica insuficiente o insatisfactoria al tratamiento: paciente que no responde clínicamente pese a recibir el tratamiento adecuado.

Tratamiento completado o en curso más allá del plazo normal: paciente diagnosticado de lepra y tratado con una tanda completa de poquimioterapia (6 meses en los casos PB; 12 meses en los casos MB) para quien el médico clínico ha decidido que el tratamiento debe prolongarse más allá de la duración normal (debido a efectos adversos de la poquimioterapia por lo que se está siguiendo una pauta distinta o más larga, o debido a la detección de una cepa resistente que precisa de tratamiento más prolongado).

Indicadores de monitoreo del "PLAN ESTRATEGICO NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN Colombia 2016–2020

| | |
|-----------------------------|---|
| Indicadores de metas | <p>1. Número de niños diagnosticados de lepra con deformidades o discapacidades visibles (G2)</p> <p>Definición: Número de niños (menores de 15 años) con diagnóstico nuevo de lepra (nunca tratados) y discapacidad G2 en el momento del diagnóstico durante el año de referencia.</p> <p>Fórmula: Número.</p> <p>Meta: Cero (0) para finales del 2020.</p> <p>Fuente de información: Registro de lepra.</p> <p>Nivel de notificación: Todos.</p> <p>Frecuencia: trimestral y anual.</p> <p>Importancia: Indica la calidad de la detección de casos y de los servicios de atención de la lepra y refleja la concientización en la comunidad. Aunque la meta pueda parecer algo ambiciosa, es esencial y pertinente. Un niño con lepra y discapacidad G2 indica retraso en la detección de casos y transmisión continua de la infección en la comunidad. Los Entes Territoriales que ya han logrado esta meta pueden desplazar el énfasis de su programa a "ningún niño diagnosticado de lepra".</p> <p>Acción sugerida: Debe iniciarse una investigación de incidente crítico para determinar las causas del retraso en el diagnóstico e investigar los contactos domésticos y la comunidad más amplia en torno al niño diagnosticado. En el anexo 6 de esta guía se recoge una lista de verificación para orientar la investigación de incidente crítico</p> <p>2. Tasa de pacientes nuevos diagnosticados de lepra con discapacidades visibles o discapacidades (G2)</p> <p>Definición: Número de casos nuevos con discapacidades G2 detectados entre los casos</p> |
|-----------------------------|---|

| | |
|---|---|
| | <p>nuevos (nunca antes tratados) en una población dada en el plazo de un año, expresado como tasa por millón de habitantes.</p> <p>Fórmula: $\frac{\text{Número de casos nuevos con discapacidades G2 detectados} \times 1\,000\,000}{\text{Población a mitad de año (año de referencia)}}$</p> <p>Meta: Menos de un caso con discapacidades G2 por millón de habitantes para finales del 2020.</p> <p>Fuente de información: Registro de lepra.</p> <p>Nivel de notificación: Todos (mediante fichas clínicas).</p> <p>Frecuencia: Anual.</p> <p>Importancia: Es un indicador que refleja el retraso en el diagnóstico. Es aplicable a nivel nacional e infranacional para poblaciones de más de un millón.</p> <p>Factores que influyen: Hacen falta pautas y criterios normalizados para conseguir datos comparables. La posibilidad de infranotificación o sobrenotificación de la discapacidad G2 debe comprobarse periódicamente. Para evitar errores en la clasificación de las discapacidades, es importante mejorar la capacidad institucional a un nivel por encima de los establecimientos de salud, mediante identificación de personal cualificado en la evaluación de discapacidades y otras tareas importantes relacionadas con la atención a los pacientes. Las discapacidades no atribuibles a la lepra pueden ser motivo de sobrenotificación.</p> |
| <p>Pilar I Reforzar la rectoría y gobernanza de las entidades territoriales y la nación en el control de la enfermedad de</p> | <p>Los conceptos de gobernanza, coordinación y colaboración constituyen el núcleo del pilar I. Ello requiere liderazgo y financiamiento apropiados, estructuras y procesos eficaces de organización, que son cruciales y favorecen la participación. Los indicadores enumerados a continuación facilitan la medición del progreso en iniciar abordajes colaborativos para mejorar la gestión, al procurar el compromiso político y la asignación de recursos suficientes para los programas contra la lepra; al contribuir a la cobertura universal de salud con un interés especial en los niños, las mujeres y las poblaciones subatendidas, incluidos los migrantes y las personas desplazadas; al fomentar las alianzas con agentes estatales y no estatales y promover la colaboración y las alianzas intersectoriales a escala</p> |

Hansen a través de la coordinación y las alianzas

internacional y en los países; al facilitar y llevar a cabo investigaciones fundamentales y operativas sobre todos los aspectos de la lepra y aumentar al máximo la base de datos fidedignos que habrá de fundamentar las políticas, las estrategias y las actividades; al fortalecer los sistemas de vigilancia y de información en salud con el propósito de realizar el seguimiento y la evaluación de los programas (incluido el sistema de información geográfica).

1. Disponibilidad de un plan nacional y locales presupuestado contra la lepra (autónomo o integrado)

Es un indicador de rendimiento, de tipo dicotómico (sí o no). Debe procurarse la colaboración de gobierno, organismos internacionales, sociedad civil y sector privado para elaborar un plan sólido y operativo contra la lepra, ya sea autónomo o como parte del desarrollo de un plan más amplio contra otras enfermedades transmisibles. El plan debe tener un presupuesto y presentar contribuciones que demuestren el compromiso gubernamental con el control de la lepra.

2. Número de Entidades Territoriales con alianza formal entre el programa gubernamental y otros interesados directos.

Es un indicador de rendimiento, de tipo dicotómico (sí o no). Existencia de alguna alianza (colaboración, coalición, grupo...) entre el plan nacional contra la lepra y otras partes interesadas, como ONG, empresas privadas, organizaciones comunitarias, médicos particulares, curanderos, etc. para llevar a cabo actividades clave como la detección de casos, el tratamiento o el apoyo social.

3. Disponibilidad en Internet de un sistema de notificación por casos que permita el desglose por edad, sexo, lugar de residencia y otros criterios pertinentes

| | |
|---|---|
| | <p>Es un indicador dicotómico (sí o no). Un sistema de notificación en Internet lleva a mayor calidad de los datos y mejor acceso a ellos, menor carga de trabajo (lo cual redundará en mejor atención del paciente), mejor gestión del programa y mejor monitoreo de las tendencias. Reúne a todos los asociados pertinentes y garantiza así que los usuarios de la información tengan acceso a datos confiables, utilizables, exactos, comprensibles y comparables.</p> |
| <p>Pilar 2 Indicadores de monitoreo</p> | <p>En el pilar II se distinguen dos grupos de indicadores. El primero permite supervisar la calidad de la búsqueda de casos o diagnóstico de lepra; el segundo, la calidad de la retención o manejo de casos.</p> <p>Búsqueda de casos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Detección de casos nuevos (número y tasa) 2. Prevalencia (número y tasa) 3. Proporción de casos con Discapacidad G2 entre los casos nuevos detectados 4. Proporción de casos en menores de 15 años entre los casos nuevos detectados o tasa de casos nuevos en niños 5. Proporción de casos MB entre los casos nuevos detectados 6. Proporción de contactos sometidos a tamizaje <p>Retención de casos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Número y proporción de casos en retratamiento sobre el total de casos notificados de lepra 2. Finalización de la politerapia por lepra PB 3. Finalización de la politerapia por lepra MB 4. Proporción de pacientes con evaluación de la discapacidad al menos al inicio y al final del tratamiento 5. Proporción de pacientes que presentan discapacidad nueva durante el tratamiento 6. Número de casos con reacción leprosa durante el tratamiento 7. Proporción de pacientes nuevos con discapacidad (G1 y G2) que han recibido capacitación para el autocuidado 8. Proporción de casos farmacorresistentes entre los casos nuevos y de retratamiento <p>Importante: se recomienda interpretar los indicadores del pilar II —calidad de la búsqueda de casos— no cada uno de ellos como un indicador aislado, sino mediante evaluación combinada de múltiples indicadores.</p> |
| | <p>1. Número de alianzas formales entre una asociación de personas afectadas por</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Pilar 3</p> <p>Eliminar la discriminación y fomentar la inclusión con un enfoque de participación y garantía de derechos.</p> | <p>la lepra y el programa nacional contra la lepra</p> <p>Es un indicador de producto, de tipo dicotómico (sí o no). Estas colaboraciones son importantes porque promueven la inclusión y tienen potencial de cambio; ayudan a generar respaldo político, promueven la demanda de un servicio de calidad y ayudan a responder a las necesidades especiales de las personas. La colaboración contribuye a la convergencia entre las necesidades de las personas afectadas y los intereses y prioridades del programa. Indica un cambio en el énfasis en las personas afectadas por la lepra, que pasan de ser receptores pasivos a participantes activos. La alianza no debe ser “informal”, y debe basarse en el respeto mutuo por la autonomía de la colaboración.</p> <p>2.Existencia de normas o reglamentos que faciliten la inclusión de las personas afectadas por la lepra y sus comunidades.</p> <p>Es un indicador de producto, de tipo dicotómico (sí o no). Indica el compromiso de abordar los desafíos sociales que deben afrontar las personas afectadas. Las normas y reglamentos deben ser capaces de crear un entorno favorable para las personas afectadas por la lepra, que facilite su acceso al apoyo social y de medios de vida y al trabajo a través de directrices de política sobre cómo promover su rehabilitación comunitaria y a través de un marco normativo para abrir el acceso a las oportunidades del trabajo.</p> <p>3.Número de jurisdicciones subnacionales donde las personas afectadas por la lepra participan en los servicios de atención de la lepra.</p> <p>Es un indicador de producto, de tipo dicotómico (sí o no). Este indicador señala voluntad y compromiso con el empoderamiento de las personas afectadas. En vista de la importancia vital en el proceso de participación, es importante promover su implicación porque pueden aportar al programa un amplio bagaje de conocimientos y experiencia. Este indicador contribuye al abordaje centrado en el paciente.</p> |
|---|---|

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud, Estrategia mundial para la Enfermedad de Hansen 2016–2020 Acelerar la acción hacia un mundo sin Enfermedad de Hansen
2. Organización Panamericana de la Salud. Monitorización de la Eliminación de la Enfermedad de Hansen (LEM). Colombia. 2015.
3. Organización Mundial de la Salud. Boletín epidemiológico N°36. 2014.
4. Organización Mundial de la Salud. Boletín epidemiológico N°35 [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/wer/2013/wer8835.pdf?ua=1> Weekly epidemiological record
5. Organización Mundial de la Salud, Estrategia mundial para la Enfermedad de Hansen 2016–2020 Acelerar la acción hacia un mundo sin Enfermedad de Hansen
6. Ministerio de Salud. Plan Estratégico de Colombia para aliviar la carga de la enfermedad y sostener las actividades de control de Enfermedad de Hansen 2010–2015. 2009.
7. Análisis de los resultados del monitoreo de la eliminación de la Enfermedad de Hansen (LEM) en Colombia, junio 2014
8. Análisis de los resultados del monitoreo de la eliminación de la Enfermedad de Hansen (LEM) en Colombia, 2015
9. Pérez F, Aranzazu N. Clasificación de la Enfermedad de Hansen a través de la correlación clínica, histológica e inmunológica. *Rev Dermatol Venez.* junio de 2011;24(1):43–54.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan estratégico para aliviar la carga de la Enfermedad de Hansen y sostener las actividades de la enfermedad 2006-2010. Ministerio de Salud. Colombia. Guía de atención de la Enfermedad de Hansen. Resolución 412 de 2000. 2000.
11. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para aliviar la carga de la Enfermedad de Hansen y sostener las actividades de la enfermedad 2006-2010. Lineamientos operacionales. 2006.
12. Navarro N. A propósito de cuatro casos en Málaga, dos autóctonos y dos importados. Cátedra y Servicio de Dermatología. Facultad de Medicina y Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Victoria”. España.
13. Blok DJ, de Vlas SJ, Richardus JH. Finding undiagnosed leprosy cases. *Lancet Infect Dis.* octubre de 2016;16(10):1113.
14. Estrategia mundial para la lepra 2016–2020. Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. Guía de monitoreo y evaluación: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Sudeste Asiático; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO consultado: mayo de 2018