



**Plan Nacional Integral e Interprogramático**  
para la Prevención, el Control y la Eliminación  
de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas 2013-2017

Ministerio de Salud y Protección Social  
Dirección de Promoción y Prevención  
Subdirección de Enfermedades Transmisibles  
2013



**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**

Ministro de Salud y Protección Social

**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

**NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ**

Viceministro de Protección Social

**GERARDO LUBIN BURGOS BERNAL**

Secretario General

**ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA**

Director de Promoción y Prevención

## Subdirector de Enfermedades Transmisibles

JOSÉ FERNANDO VALDERRAMA

Subdirector de Enfermedades Transmisibles

## Grupo Funcional Enfermedades Infecciosas Desatendidas, MSPS

JULIÁN TRUJILLO TRUJILLO

Profesional Especializado, Subdirección de Enfermedades Transmisibles  
Ministerio de Salud y Protección Social

VALENTINA SALAZAR ESCOBAR

Consultora Programa de Prevención, Control y Eliminación de las EID

## Instituto Nacional de Salud

FERNANDO DE LA HOZ RESTREPO

Director General

JUAN CARLOS DIB DÍAZ GRANADOS

Dirección de Investigación en Salud Pública

## Elaboración

VALENTINA SALAZAR ESCOBAR

Consultora Programa de Prevención, Control y Eliminación de las EID  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Colombia, julio de 2013

## Agradecimientos

Organización Panamericana de la Salud

Asesores Regionales Programa de Enfermedades Infecciosas Desatendidas

Dra. Martha Idalí Saboyá, OPS Washington

Dr. Santiago Nicholls, OPS Brasil

Asesor Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento (ETRAS)

Ing. Henry Hernández Venencia

Asesores Nacionales Organización Panamericana de la Salud

Dr. Guillermo Guibovich, Evidencias en Salud y Control de Enfermedades

Dr. José Pablo Escobar, Profesional Nacional Enfermedades Transmisibles

ISBN: 978-958-8838-67-0

## Diseño, Diagramación e Impresión

Imprenta Nacional de Colombia





# Contenido

5:

Introducción	7
Justificación	9
<b>I. Perfil demográfico y socioeconómico del país</b>	<b>13</b>
<b>II. Marco contextual de las enfermedades infecciosas desatendidas.</b>	<b>23</b>
a. Concepto de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EID).	23
b. Contexto para Colombia de las EID	26
c. Enfermedades infecciosas desatendidas priorizadas en Colombia	29
1. Oncocercosis	30
2. Ceguera por Tracoma.	33
3. Geohelmintiasis.	36
<b>III. Tipo de integración de acciones</b>	<b>43</b>
a. Administración masiva de medicamentos: integración interprogramática.	43
b. Integración de acciones en los sistemas de salud	43
c. Enfoque intersectorial y participación comunitaria	44
<b>IV. Estrategias del plan integrado</b>	<b>47</b>
a. SAFE	47
b. Quimioterapia preventiva antihelmíntica	48
c. WASH	49
d. Atención Primaria en Salud	49
e. Estrategia de entornos saludables	50
f. Adecuación sociocultural de las estrategias.	50
g. “Estrategia de cero a siempre”	50
<b>V. Escenarios posibles de articulación de las acciones de control y eliminación de las EID priorizadas con las plataformas y programas existentes</b>	<b>51</b>
a. Escenarios de acción para la lucha por la prevención, el control y la eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas	51
b. Articulación de acciones a nivel sectorial	52
c. Articulación de acciones a nivel intersectorial	53

<b>VI. Plan de acción integrado</b> . . . . .	<b>57</b>
a. Alcance . . . . .	57
b. Objetivos y metas . . . . .	58
c. Componente relacionado con el control de las geohelmintiasis. . . . .	62
d. Componente relacionado con la eliminación de la ceguera por tracoma . . . . .	74
e. Componente relacionado con la eliminación de la oncocercosis . . . . .	83
f. Generalidades de EID . . . . .	84
<b>Abreviaturas</b> . . . . .	<b>87</b>
<b>VII. Referencias Bibliográficas</b> . . . . .	<b>89</b>
<b>Anexos</b> . . . . .	<b>93</b>
a. Anexo 1 . . . . .	93
b. Anexo 2 . . . . .	94
c. Anexo 3 . . . . .	96



# Introducción

7:

La eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza, forma parte del compromiso adquirido por los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud en el 49 Consejo Directivo, donde a través de la Resolución CD49.R19 los ministros de salud de los diferentes países, adquirieron el compromiso para el año 2015 de eliminarlas o reducirlas hasta que dejen de ser consideradas como un problema de salud pública.

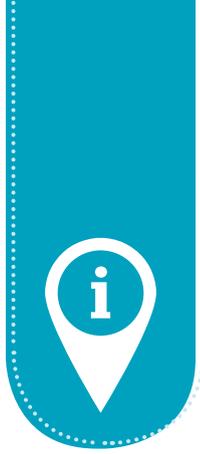
Estas enfermedades, que han acompañado a la humanidad desde sus inicios, pero que hoy solo afectan a los más desventurados del planeta, son a la vez causa y efecto de la pobreza; las malas condiciones de saneamiento y vivienda, la marginalidad social y cultural determinan su ocurrencia, y una vez presentes cerrarán el círculo vicioso al provocar discapacidad y deformidades que impedirán a los afectados aportar en forma productiva a sus comunidades. (OPS, 2011).

Un creciente cuerpo de evidencia demuestra que el control de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EID) puede contribuir directamente al logro de varios Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); relacionados con la disminución de las enfermedades infecciosas (ODM 6) y reducción de la pobreza (ODM 1). Las intervenciones contra estas patologías ya han beneficiado a millones de personas, protegiéndolas de la pobreza, la discapacidad y el dolor físico (WHO, 2007) (OPS, 2009).

Articular la respuesta necesaria para hacer frente al reto de controlar y/o eliminar ciertas EID de nuestro país, requiere formular planes de salud basados en experiencias reales, que como señalan los especialistas en planificación, necesariamente serán geográfica y administrativamente limitadas (OPS-ILPES, 1989). En ese sentido y teniendo en cuenta que la experiencia del país frente a este grupo de enfermedades es limitada, se formuló el plan que se presenta a continuación, el cual abarca un periodo de tiempo de cinco años que corresponde a la primera fase que será de aprendizaje y cimentación de las estrategias comprendidas. Una vez se realice la evaluación de los resultados obtenidos y las lecciones aprendidas, se formulará la segunda fase a ser implementada hasta el año 2021, puesto que las metas regionales y nacionales se ajustan a este horizonte temporal.

El propósito del presente documento es presentar para el periodo 2013 – 2017 (primera fase del plan) las EID priorizadas para nuestro país y las estrategias establecidas para lograr su prevención, control y eliminación, de forma articulada y concordante con el marco normativo vigente, planteando metas progresivas orientadas a dar cumplimiento con los compromisos internacionales para el año 2021, de los cuales el país es signatario y concordando con el horizonte temporal del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) que constituye la ruta de navegación para el sector salud por los próximos diez años (2012 – 2021).





# Justificación<sup>1</sup>

9:

Las enfermedades tropicales desatendidas<sup>2</sup> 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; las poblaciones vulnerables viven en las zonas rurales o en los cinturones de miseria de las ciudades de los países tropicales. Ellas son, sin duda, resultado de las condiciones de pobreza y marginación de ciertos grupos de población. Por compartir factores determinantes sociales y ambientales comunes, las enfermedades tropicales desatendidas frecuentemente presentan superposición geográfica. Por su naturaleza crónica y silenciosa y por afectar a comunidades con voz política débil, los Estados suelen dar poca prioridad a su prevención, vigilancia y control. A su vez, el sector privado ha limitado la investigación y el desarrollo de nuevos y mejores medicamentos y métodos de diagnóstico, por cuanto no encuentra en su comercialización un mercado capaz de generar utilidades que compensen las inversiones realizadas, dado el limitado poder ad-

quisitivo de los grupos humanos afectados, aunque el establecimiento de varias iniciativas, y en especial, de la iniciativa de medicamentos para enfermedades desatendidas (Drugs For Neglected Diseases Initiative, DNDi), una asociación independiente, sin ánimo de lucro, ha significado un cambio favorable en la investigación y en el desarrollo de nuevos y mejores tratamientos.

Más de mil millones de personas en el mundo sufren, al menos, de una enfermedad tropical desatendida (Savioli L, 2010) y la carga conjunta de enfermedad es de 56,6 millones años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), solo superada, entre las enfermedades infecciosas, por las infecciones respiratorias bajas, el VIH-SIDA y las enfermedades diarreicas, y, a su vez, mayor que la carga de enfermedad por malaria, tuberculosis y sarampión (Hotez, y otros, 2007).

La carga de enfermedad por enfermedades tropicales desatendidas en América Latina y el Caribe es el 8,8% de la carga mundial, aproximadamente, 5 millones de AVAD (Hotez, Bottazzi, Franco-Paredes, Ault, & Roses-Periago, 2008), superior a la carga de enfermedad por VIH en la región. Esta importante cifra se explica teniendo en cuenta que, en el año 2008, 40% de los aproximadamente 556 millones de habitantes de América Latina y el Caribe vivían en condiciones de pobreza, incluyendo 47 millones de personas con un ingreso per cápita diario menor de US\$ 1 y 74 millones con menos de US\$ 2 diarios (Hotez, Bottazzi, Franco-Paredes, Ault, & Roses-Periago, 2008).

1 Con la anuencia de los autores, este editorial se adaptó para servir de justificación del presente documento. Tomado de: Ault SK, Nicholls RS. El abordaje integral de las enfermedades tropicales desatendidas en América Latina y el Caribe: un imperativo ético para alcanzar la justicia y la equidad social. *Biomédica*. 2010; 30 (Suppl.) 2: 159-163. Fecha de consulta: 30 de noviembre de 2011. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?gid=14468&option=com\\_docman&task=doc\\_view](http://new.paho.org/hq/index.php?gid=14468&option=com_docman&task=doc_view)

2 El término "Enfermedades Tropicales Desatendidas" es utilizado por la Organización Mundial de la Salud y en algunos documentos por la Organización Panamericana de la Salud para referirse a las "Enfermedades Infecciosas Desatendidas", que corresponde al usado en el país y en el presente documento.

Las enfermedades tropicales desatendidas son ocasionadas por diversos agentes etiológicos. Con la excepción del dengue y de las mordeduras de serpiente, todas ellas son enfermedades crónicas cuyos efectos en la salud son perdurables. Las geohelmintiasis y la esquistosomiasis ocasionan en los niños desnutrición, anemia, trastornos en su crecimiento, desarrollo, menor capacidad de aprendizaje y ausentismo escolar, que determinan que en su vida adulta se vea mermada su productividad y, por tanto, su capacidad de generar ingresos adecuados para ellos y sus familias. En las mujeres embarazadas son causa de anemia y desnutrición intrauterina. En algunos casos generan incapacidad laboral, como en la ceguera por oncocercosis y tracoma o en la cardiopatía crónica por la enfermedad de Chagas, o deformaciones y estigmatización social, como en la lepra, la filariasis linfática y la leishmaniasis. Todo ello contribuye a obstaculizar el progreso y el desarrollo de las comunidades, poblaciones y países afectados y a deteriorar aún más su ya precario nivel de vida, perpetuando así el círculo vicioso de la pobreza, pues son, a la vez, consecuencia y causa de ella.

A nivel mundial, a partir de la década de 1990, ha habido un interés creciente por la posibilidad de eliminar algunas enfermedades tropicales desatendidas, y de controlar y reducir sustancialmente la carga de enfermedad ocasionada por otras, con estrategias costo-efectivas que incluyen la educación en salud, la participación comunitaria, la administración masiva de medicamentos en dosis única en poblaciones con alta carga parasitaria, acciones interprogramáticas para la integración de los programas de vigilancia y control y acciones intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud y mitigar sus efectos. Esto trajo como resultado la creación del Departamento de Enfermedades Tropicales Desatendidas en la OMS, promovió la constitución de alianzas internacionales entre organizaciones públicas y privadas, incrementó

la visibilidad internacional de la problemática de las enfermedades tropicales desatendidas, de su importancia en salud pública y de su impacto desfavorable en el desarrollo de los países en donde ellas son endémicas, y ha contribuido a aumentar la gestión y destinación de recursos por parte de los gobiernos de los países desarrollados, de los organismos internacionales y de las fundaciones filantrópicas para apoyar los programas dirigidos a su control o eliminación en los países en vías de desarrollo.

Si bien en América Latina y el Caribe ha habido avances importantes en el control o en la eliminación de varias de estas enfermedades, como la interrupción de la transmisión vectorial domiciliar de la enfermedad de Chagas por *Triatoma infestans* en Brasil, Chile y Uruguay, y por *Rhodnius prolixus* en Guatemala, Honduras, 10 municipios de Colombia y en Nicaragua, la prevención de su transmisión por la transfusión mediante la tamización universal de donantes en la mayoría de los países, la interrupción de la transmisión de la filariasis linfática y de la oncocercosis en varios de los focos y un aumento en la cobertura anual de desparasitación de niños en edad escolar en la región, aún hay un importante camino por recorrer.

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”*. Recientemente ratificada en la tercera sesión de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA). En ella se expresa el compromiso de los Estados miembros de la OPS con metas concretas de control o eliminación de enfermedades desatendidas, que pueden combatirse con instrumentos existentes e intervenciones en salud pública costo-efectivas, de manera que dejen de ser consideradas como problemas de salud pública en el año 2015. La mencionada Resolución enfatiza la importancia del enfoque integral que incluya estrategias

interprogramáticas con programas de salud existentes, como el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los programas de control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), entre otros., y acciones intersectoriales, con educación, vivienda, desarrollo, agua y saneamiento básico, medio ambiente, agricultura y ganadería, necesarias para el abordaje integral sostenible de los factores determinantes sociales de la salud.

En la 66ª Asamblea Mundial de la Salud realizada en mayo de 2013 fue adoptada la Resolución WHA 66.12 que apoya plenamente el Plan Global para Combatir 17 Enfermedades Tropicales Desatendidas 2008-2015 y la implementación de la Hoja de Ruta publicada en enero de 2012 que inspiró la Declaración de Londres del mismo año<sup>3</sup>.

Dando cumplimiento al compromiso político expresado en estas Resoluciones se presenta a

3 [http://www.who.int/neglected\\_diseases/mediacentre/WHA\\_66.12\\_Eng.pdf](http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_66.12_Eng.pdf)

continuación el Plan Nacional Integral e Interprogramático para la Prevención, el Control y la Eliminación de las EID priorizadas en Colombia 2013-2017. Se espera que éste traiga como resultado una mayor visibilidad de la problemática social y de salud relacionada con las enfermedades desatendidas, fortalecimiento y aumento en los presupuestos para los programas de vigilancia y control en salud pública, esfuerzos y acciones de integración interprogramática e intersectorial para tener un mayor impacto y garantizar la sostenibilidad a largo plazo de los programas y logros, así como gestión de recursos nacionales e internacionales.

Como lo manifestara la doctora Mirta Roses-Periago, exdirectora de la OPS, en diversos eventos públicos, las EID son más que un problema de salud pública, las estrategias y acciones emprendidas en la lucha para su control y eliminación son ante todo un imperativo ético impostergable, cuando existen el conocimiento y las intervenciones necesarias para hacerlo, pues contribuye a saldar la deuda social con las comunidades históricamente marginadas. (Roses-Periago, 2008).



# Perfil demográfico y socioeconómico del país

13:

Según los datos del censo nacional de 2005 proyectados al año 2013, el país tiene una población de 47.121.089 habitantes (26,7% corresponde al grupo de edad de 0 a 14 años, el 67,2% al grupo de 15 a 64 años y el 6,1% al de 65 años y más), constituyéndose en el cuarto país más poblado en América después de los Estados Unidos, Brasil y México. De ellos, el 51,2% son mujeres y el 48,8% son hombres. La mayor parte de la población se encuentra en el centro (región Andina) y norte (región Caribe) del país, mientras que al oriente y sur (región de los Llanos Orientales y Amazonía, respectivamente) se encuentran zonas bastante extensas con población dispersa. Los diez de-

partamentos de tierras bajas del oriente (aproximadamente el 54% del área total), tienen menos del 3% de la población y una densidad de menos de una persona por kilómetro cuadrado.

El movimiento de población rural hacia áreas urbanas y la emigración fuera del país han sido significativos. La población urbana aumentó del 28% de la población total en 1938, al 75% en el 2005; sin embargo en términos absolutos la población rural aumentó de 6 a 10 millones en ese período. Colombia es el segundo país con mayor desplazamiento forzado interno de población a nivel mundial con 3 millones, según un reporte de ACNUR.

**Tabla 1.** Información demográfica de Colombia - 2012

Indicador	Desagregación	Valor
Población total	Población total (hombres):	22.466.660
	Población total (mujeres):	23.042.924
	Total:	45.509.584
Esperanza de vida	Expresada en años para mujeres:	78,54
	Expresada en años para hombres:	72,07
Tasa de crecimiento poblacional	Expresada en porcentaje:	1,15
Tasa de alfabetismo (mayores de 15 años)	Expresada en porcentaje mujeres:	93,4
	Expresada en porcentaje hombres:	93,2

Indicador	Desagregación	Valor
Tasa de fertilidad	Niños nacidos/mujer	2,35
Tasa de mortalidad infantil	Por mil nacidos vivos:	17,1
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	Por mil nacidos vivos:	17,7
Desnutrición crónica en menores de 5 años	Expresada en porcentaje:	12.1
Desnutrición aguda en menores de 5 años	Expresada en porcentaje:	1.2

*Fuente:* Elaboración propia con base en los formatos del Grupo Regional EID – OPS. Proyecciones DANE.

De acuerdo con el Índice de Desarrollo Humano (IDH), Colombia se ubicó en el puesto 91 a nivel mundial según el informe del año 2012 con un IDH de 0,719. Sin embargo, no todas las regiones de Colombia presentan el mismo nivel de desarrollo. La principal zona de alto desarrollo corresponde a la Región Andina en ciudades como Bogotá, Medellín y Cali, que constituyen el denominado “Triángulo de Oro”.

Al evaluar indicadores sociales de pobreza y analfabetismo (ver tabla siguiente), se pone de manifiesto una diferencia significativa entre las áreas urbanas que corresponden a las cabeceras departamentales y el resto del departamento. Llama también la atención que respecto al sexo, las diferencias en los mismos indicadores no son marcadas en las cabeceras pero sí en el resto.

**Tabla 2.** Diferencias por sexo y cabecera/resto en algunos indicadores relacionados con pobreza y nivel educativo. Colombia 2011

		Pobreza	Pobreza extrema	Promedio de escolaridad 15 y +	Tasa analfabetismo
Total	Hombres	33,5	10,3	8,2	6,5
	Mujeres	34,7	10,9	8,3	6,3
Cabecera	Hombres	29,8	6,8	9,1	4,0
	Mujeres	30,9	7,3	9,1	4,4
Resto	Hombres	44,3	20,8	5,1	14,3
	Mujeres	48,1	23,6	5,4	13,9

*Fuente:* DANE, disponible en [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co). Información del año 2011.

A continuación se presentan por departamentos del país, los indicadores de % de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) con dos de sus componentes desagregados (componente de viviendas con servicios inadecuados<sup>4</sup> y componente de viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela<sup>5</sup>) y el indi-

cador de miseria que se desprende del NBI<sup>6</sup>; lo anterior relacionado con las tasas de mortalidad infantil por departamento. Es muy interesante evidenciar que, 15 de los departamentos del país se encuentran por debajo del promedio nacional para todos los indicadores mencionados y 8 por encima en todos los casos. En el Anexo No. 2 se presenta la población a riesgo para EID con base en el indicador de NBI desagregado; dada la extensión de esta información no se adjunta en este capítulo.

- 4 Este indicador expresa en forma más directa el no acceso a condiciones vitales y sanitarias mínimas. En cabeceras, comprende las viviendas sin sanitario o que careciendo de acueducto se provean de agua en río, nacimiento, carrozanque o de la lluvia. En el resto, dadas las condiciones del medio rural, se incluyen las viviendas que carezcan de sanitario y acueducto y que se aprovisionen de agua en río, nacimiento o de la lluvia.
- 5 Mide la satisfacción de necesidades educativas mínimas para la población infantil. Considera las viviendas con, por lo menos, un niño mayor de 6 años y menor de 12, pariente del jefe y que no asista a un centro de educación formal.

- 6 El NBI se calcula a partir de varios indicadores simples: Viviendas inadecuadas, viviendas con hacinamiento crítico, viviendas con servicios inadecuados, viviendas con alta dependencia económica, viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela. Se clasifica como pobre o con NBI aquellos hogares que estén, al menos, en una de las situaciones de carencia expresada por los indicadores simples y en situación de miseria los hogares que tengan dos o más de los indicadores simples de Necesidades Básicas Insatisfechas.

**Tabla 3.** Indicadores simples del NBI por departamento relacionados con la tasa de mortalidad infantil. Colombia 2011

Departamento	Mortalidad Infantil	% NBI	% Personas miseria	Componente servicios	Componente inasistencia
Nacional	18,40	27,78	10,64	7,36	3,56
Antioquia	15,66	22,96	8,15	4,15	3,43
Atlántico	16,95	24,74	8,14	9,28	3,89
Bogotá, D. C.	13,40	9,20	1,38	0,57	1,56
Bolívar	22,11	46,60	23,33	22,70	4,31
Boyacá	16,61	30,77	10,41	6,61	2,56
Caldas	13,92	17,76	3,08	1,45	2,38
Caquetá	22,08	41,72	15,67	12,19	5,37
Cauca	22,35	46,62	20,58	14,76	4,94
Cesar	20,14	44,73	22,03	11,03	7,02
Córdoba	25,48	59,09	30,26	10,81	4,88
Cundinamarca	14,15	21,30	5,20	3,91	1,95

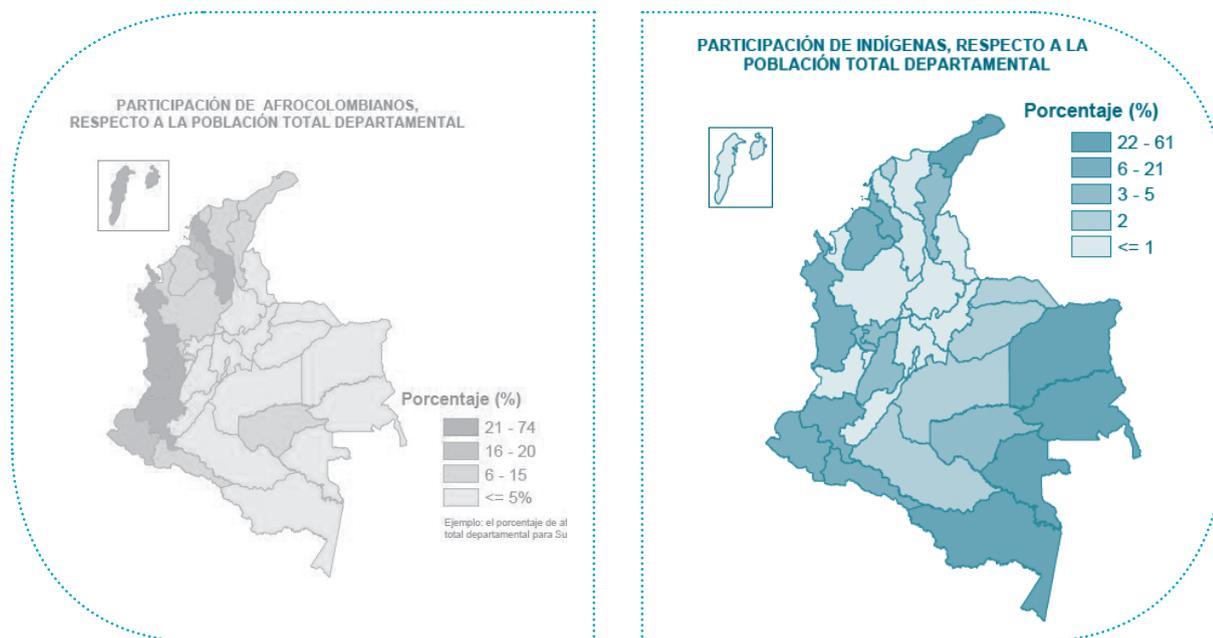
Departamento	Mortalidad Infantil	% NBI	% Personas miseria	Componente servicios	Componente inasistencia
Chocó	43,93	79,19	32,24	71,13	10,45
Huila	18,44	32,62	11,59	8,00	5,04
La Guajira	32,67	65,23	47,10	22,36	15,97
Magdalena	18,99	47,68	22,96	16,19	5,66
Meta	26,39	25,03	8,07	3,80	3,19
Nariño	23,75	43,79	17,18	13,92	4,56
N. Santander	13,56	30,43	11,00	7,55	4,34
Quindío	13,01	16,20	2,99	1,06	3,46
Risaralda	14,37	17,47	3,94	1,68	3,37
Santander	14,61	21,93	6,65	4,48	2,64
Sucre	23,67	54,86	26,85	13,18	3,51
Tolima	19,56	29,85	10,48	5,79	4,65
Valle del Cauca	13,38	15,68	3,49	2,26	2,08
Arauca	26,36	35,91	14,00	4,66	2,90
Casanare	27,25	35,55	13,62	5,61	4,81
Putumayo	20,31	36,01	8,79	16,18	3,27
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	15,71	40,84	6,91	30,91	1,43
Amazonas	46,90	44,41	15,00	19,48	4,31
Guainía	37,30	60,62	37,91	35,34	9,16
Guaviare	35,61	39,89	11,97	7,58	4,54
Vaupés	42,06	54,77	29,80	27,82	4,27
Vichada	36,45	66,95	46,06	39,14	11,77

Fuente: DANE. Años 2005 y 2011.

En la tabla anterior los departamentos resaltados en negrilla corresponden a aquellos cuyos indicadores se encuentran por debajo del promedio nacional, de esta manera se ponen en evidencia las regiones más pobres del país, estas corresponden a: Región Orinoco/Amazonas, especialmente los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada; la Región Pacífica, especialmente los departamentos de Nariño, Cauca y Chocó; y la Región Atlántica, especialmente los departamentos de Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira y Magdalena. Lo anterior es indicativo de los departamentos que deberán ser priorizados en el acompañamiento técnico que se hace desde el nivel nacional y consecuentemente, en la implementación de acciones de búsqueda y control de EID, teniendo en cuenta que es ampliamente conocida la relación entre pobreza y la presencia de estos problemas de salud pública.

Respecto a la diversidad étnica, el censo del año 2005 determinó que el 86% de la población no se considera parte de un grupo étnico, (cifra dividida en 49% mestizos y 37% de blancos), un 10,6% son afrocolombianos que representan la cuarta población negra más grande de América, después de los Estados Unidos, Brasil y Haití. Los indígenas conforman el 3,4% de la población nacional y los gitanos el 0,01%. En total, el 14% de la población colombiana pertenece a un grupo étnico, lo cual exige intervenciones de abordaje para los temas de salud mediante estrategias adecuadas sociocultural y técnicamente para lograr el impacto buscado. La concentración de los grupos étnicos indígenas y afrocolombianos se sobrepone a las regiones más pobres según el cuadro presentado anteriormente (Ver tabla No. 3).

**Mapa 1. Distribución de los grupos étnicos según censo del año 2005**



Fuente: Censo 2005. DANE.

De acuerdo con el DANE, en Colombia existen 87 pueblos indígenas con un territorio definido; sin embargo para la Organización Nacional Indígena de Colombia ONIC, la lista total, asciende a 102. Las proporciones de los diferentes grupos étnicos indígenas varían notoriamente según la región. En la región del Caribe colombiano se encuentran los pueblos indígenas Kogi, Sanha, Wayúu, Kankuama, Chimilas e Ikas o Arhuacos. En la región del Pacífico colombiano se encuentran los grupos Kuna, Embera, Wounaan y Kwaiker. En la región amazónica se encuentran los Tikunas, Huitotos, Coconucos, Andokes, Muinanes, Sálibas, Yaunas, Cubeos, Curripacos y Tucanos. En la región andina se encuentran los Yukos, Baríes, U'wa, Guambianos, Paeces, Sibundoy, Pastos y Muiscas. A su vez, en la región de la Orinoquía se encuentran los Tunebos o Guahibos, los Tiniguas, Guayaberos, Achaguas, Piapocos, Sálibas, Piaroas, Betoyes, Yaruros, Puinaves, entre otros.

De estos 102 pueblos indígenas, 68 están en peligro de extinción. Treinta y seis fueron declarados por la Corte Constitucional en peligro de exterminio por causas del desplazamiento forzado y la omisión de las autoridades de brindarles una adecuada y oportuna protección, mediante los Autos 004/2009, 382/2010 y 173/2012 como seguimiento de la Sentencia T-025 de 2004.

Igual de dramática es la situación de 32 pueblos indígenas en riesgo de extinción en la Amazonía y Orinoquía, debido a que tienen una población inferior a 500 personas. Se ha identificado que 18 de estos pueblos tienen menos de 200 personas y 10 menos de 100 personas según la Organización Nacional Indígena de Colombia ONIC. El perfil de morbilidad de la población indígena colombiana revela unas condiciones específicas producto de sus condiciones de vida, muy relacionadas con importantes deficiencias nutricionales y de falta de acceso a los servicios de promoción, preven-

ción y atención en salud tanto por problemas de acceso geográfico como culturales; y otras compartidas con el conjunto de la población, en tanto el contexto social, económico y político es común. De igual manera, se puede decir que gran parte de las causas de morbilidad presentes son completamente prevenibles y evitables, lo que demanda un mayor esfuerzo en el diseño y desarrollo de políticas sociales y públicas para enfrentarlas<sup>7</sup>.

Adicionalmente a lo expuesto, muchas de las comunidades indígenas y afrodescendientes del país se ubican en zonas de muy difícil acceso, algunos aún persisten nómadas o seminómadas y dependen de la oferta ambiental que a su vez se ve afectada por la limitada posibilidad de movilidad en su territorio dado el conflicto armado que genera confinamiento y desplazamiento. Por lo anterior se entiende que la implementación de acciones de salud pública se dificulta, a la vez que, aumenta significativamente los costos de intervención.

Estos grupos poseen sus propias costumbres y cosmovisión alrededor de los procesos de salud-enfermedad, los cuales ofrecen un reto importante en su abordaje por cuanto deben ser reconocidas, respetadas y desarrolladas en el marco de procesos interculturales que implican la consulta previa y la concertación.

Los niveles de escolarización de estas comunidades son los más bajos en el país. En la actualidad, en estas zonas el agua para consumo humano se obtiene del río más cercano, existiendo buena disponibilidad de este recurso en la mayor parte del país (con excepción de La Guajira). La disposición de excretas se realiza a campo abierto. Dado el rechazo manifiesto a soluciones ambientales como las letrinas se ha optado como estrategia promover el entierro de

<sup>7</sup> Perfil epidemiológico de los pueblos indígenas de Colombia MSPS-OPS/MPS, convenio 485/10, noviembre de 2012.

la materia fecal. Se desconoce la magnitud de la apropiación de este hábito.

Las lenguas y dialectos de los grupos étnicos son oficiales en sus territorios. La enseñanza que se imparte en las comunidades con tradiciones lingüísticas propias es bilingüe. En Colombia existen 68 lenguas nativas habladas: 65 lenguas indígenas, 2 lenguas criollas afrodescendientes, el Creole hablado en San Andrés, Providencia y Santa Catalina y la lengua Palenquera hablada en San Basilio de Palenque, Cartagena y Barranquilla, donde residen colonias de palenqueros, así como la lengua Romaní hablada por el pueblo Rom o Gitano; por lo tanto, siempre que se realice una intervención, esta deberá apoyarse de un traductor e idealmente, las personas que la realicen deberán proceder de la misma comunidad y ser capacitados especialmente para la tarea. Cuando se desarrolle material de apoyo, este deberá ser previamente concertado con los líderes comunitarios y ser adaptado y traducido lingüística y culturalmente.

Las principales familias de lenguas indígenas de Colombia son:

- Las lenguas arawak, como el wayúu en La Guajira y el achagua y el piapoco en el suroriente del país.
- Las lenguas barbacoanas, en Nariño y Cauca.
- Las lenguas bora-witoto, en el Putumayo.
- Las lenguas caribes, en Amazonas, Guaviare y Cesar.
- Las lenguas chibchas en la Sierra Nevada de Santa Marta y en la Sierra Nevada del Cocuy.
- Las lenguas, emberá y wounaan, habladas en el Chocó .
- Las lenguas guahibanas, en los Llanos Orientales.
- Las lenguas makú, en Vaupés y Guaviare.
- Las lenguas quechuas, en el sur del país.
- Las lenguas tucanas, en el sur y suroriente del país.

Además existen un número significativo de lenguas aisladas o no clasificadas:

- El Andoque en el río Caquetá.
- El Kamtsá en el valle de Sibundoy (Putumayo).
- El Nasa yuwe en Cauca.
- El Sáliba-piaroa en Vichada.
- El Ticuna en el triángulo de Leticia.

Por otro lado y estrechamente relacionado con los determinantes ambientales que inciden en la presentación de las EID se encuentra todo lo relacionado con la calidad del agua para consumo humano la cual es medida por medio del IRCA: Índice de Riesgo de la calidad del Agua para consumo humano.

### Gráfica 1. Distribución de prestadores del servicio de acueducto por departamento



Fuente: SIMICAP, Grupo Salud Ambiental – SRNL, Instituto Nacional de Salud.

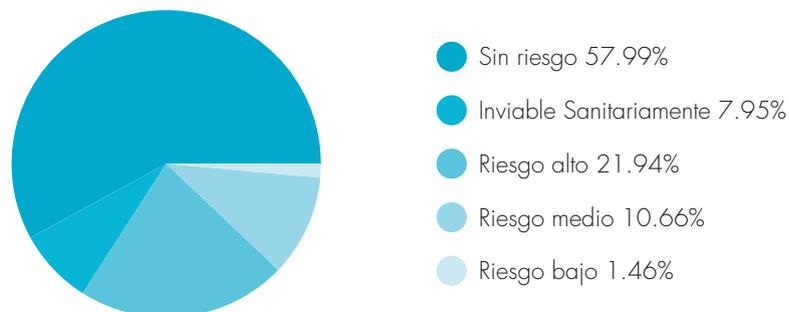
En total el SIMICAP cuenta con 12.731 prestadores del servicio de acueducto registrados entre los años 2007 a 2011 en el país, a los cuales las autoridades de salud en jurisdicción les recolectaron muestras de vigilancia. El total de prestadores registrados en el Sistema Único de Información (SUI) operado por la Superintenden-

cia de Servicios Públicos Domiciliarios asciende a 1975 en el mismo periodo.

Poco más de la mitad de los municipios del país (555 municipios), el 52,9% consume agua con algún tipo de riesgo, de este porcentaje, el 4.6% consume agua inviable sanitariamente.

### Mapa 2. Distribución del nivel de riesgo para la salud por suministro de agua 2007 - 2011

**Distribución del nivel de riesgo para la salud por el suministro de agua  
2007 - 2011**



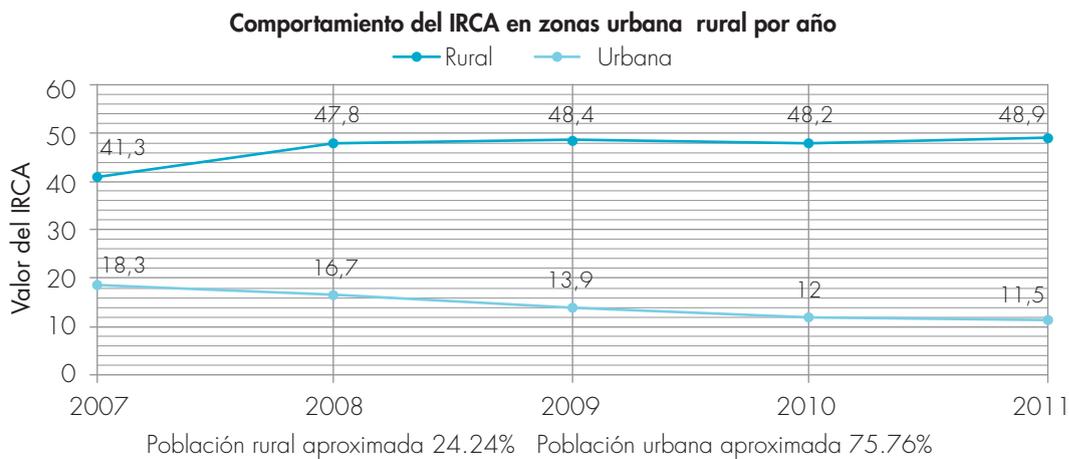
Fuente: Estado de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano 2007 – 2011. INS.

El 58% del agua que fue suministrada durante el periodo de tiempo comprendido entre los años 2007 y 2011 no representó riesgo para la salud humana; sin embargo, el 30% fue inviable sanitariamente o representó un riesgo alto.

El IRCA permite observar la disparidad entre la calidad del agua distribuida en ambas zonas, posiblemente por las condiciones de prestación del servicio específicas en cada una ellas, considerando que una

cuarta parte (26.7%) del total de muestras de vigilancia realizadas en los últimos años corresponden al área rural y el restante 73.3% al área urbana. Como es de esperarse, el riesgo para la salud humana proveniente del consumo de agua es mayor en zonas rurales. Sólo el 1.12% de las muestras realizadas entre el 2007 y el 2011 provenientes de áreas rurales representaron riesgo bajo, el resto presentaron algún nivel de riesgo.

**Gráfica 2. Comportamiento del IRCA en zonas rural y urbana 2007 – 2011**



Años	RURAL			URBANA		
	IRCA	Número de Muestras	Población	IRCA	Número de Muestras	Población
2007	41,3	2154	11,038,069	18,3	17221	32,888,860
2008	47,8	7506	11,054,767	16,7	25232	33,396,380
2009	48,4	11850	11,086,198	13,9	30000	33,892,634
2010	48,2	12332	11,121,571	12,0	31719	34,388,013
2011	48,9	161145	11,161,202	11,5	33052	34,883,399
Total de muestras año 2011 en zona rural 49987			Total de muestras año 2011 en zona urbana 137224			
<b>Convenciones de colores</b>						
Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto	Inviabile Sanitariamente	No reporta	
0 - 5	5.1 - 14	14.1 - 35	35.1 - 80	80.1 - 100		

Fuente: Estado de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano 2007 – 2011. INS.





# Marco contextual de las enfermedades infecciosas desatendidas

23:

## a. Concepto de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EID)

No hay una definición de EID estandarizada y universalmente aceptada (PAHO, 2010). Hay dos enfoques para definir las (Liese, Rosenberg, & Schratz, 2010): el primero, basado en la postergación de la que han sido objeto, que se refleja en la escasa disponibilidad de recursos para su prevención y control; el segundo, presentado por la OPS y adoptado para el presente plan, que enfatiza en los aspectos compartidos por estas enfermedades y su efecto en la pobreza y el desarrollo. Se presenta a continuación:

*“Las enfermedades desatendidas son ocasionadas por diversos agentes etiológicos. Con la excepción del dengue y de las mordeduras de serpiente, todas ellas son enfermedades crónicas cuyos efectos en la salud son perdurables. 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. Las poblaciones vul-*

*nerables viven en las zonas rurales o en los cinturones de miseria de los conglomerados urbanos. Por compartir determinantes sociales y ambientales comunes, las EID pueden presentarse en superposición geográfica”.* (PAHO, 2011).

Las EID son ocasionadas por diversos microorganismos y en su gran mayoría son enfermedades crónicas cuyos efectos en la salud son perdurables, afectando el crecimiento, el desarrollo físico e intelectual y la capacidad de aprendizaje, para casos específicos como el tracoma o la oncocercosis la ceguera, lo cual a su vez disminuye la productividad laboral y por lo tanto, la capacidad de generar ingresos adecuados. Algunas pueden generar desfiguración física y estigmatización social. Todo esto contribuye a obstaculizar el progreso y desarrollo de las comunidades, poblaciones y países afectados y a deteriorar aún más su ya precario nivel de vida, perpetuando así el círculo vicioso de la pobreza, pues son a la vez consecuencia y causa de ella (PAHO, 2011).

Las EID suelen estar restringidas a secciones marginadas de la población, entre ellas las personas pobres que viven en el campo, los habitantes de los barrios pobres, los trabajadores migratorios, las mujeres y los indígenas. (WHO, 2007).

**Tabla 4.** Listado de las enfermedades consideradas por la OMS/WHO como desatendidas

En el listado de OMS se incluyen 17 enfermedades:

1. Dracunculiasis
2. Filiarisis linfática
3. Oncocerosis
4. Esquistosomiasis
5. Geohelmintiasis (ascaridiasis, trichuriasis, uncinariasis)
6. Teniasis/cisticercosis
7. Equinococosis humana
8. Ceguera por tracoma
9. Fasciolosis
10. Pian
11. Dengue
12. Rabia
13. Leishmaniasis cutánea, mucocutánea y visceral
14. Lepra
15. Úlcera de Buruli
16. Enfermedades de Chagas
17. Tripanosomiasis humana africana

*Fuente:* Primer taller regional para la formulación de planes integrados para la prevención, control y eliminación de EID. OPS/PAHO, 2011.

La OMS priorizó 17 patologías para conformar el grupo de EID a nivel mundial. Para ello se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

a) La agenda inconclusa; b) factibilidad técnica; c) datos fidedignos regionales acerca de la factibilidad de la eliminación; d) rentabilidad demostrada; e) carga de morbilidad desigual hacia las poblaciones más vulnerables; f) importancia política; g) mejores prácticas: entre otras,

las utilizadas en la atención primaria de salud, intervenciones bien aceptadas como la quimioterapia preventiva masiva y las campañas de vacunación, la participación comunitaria, entre otras.

Para Latinoamérica y el Caribe, la OPS reconoce del grupo de 17, doce (12) enfermedades desatendidas con presencia en la Región. A continuación se presentan agrupadas según su potencial de eliminación o de control.

**Tabla 5.** Listado de EID para Latinoamérica y el Caribe según la OPS/PAHO

En la Resolución CD 49 R 19 de OPS se incluyeron 12 (EID y otras infecciosas relacionadas con las pobreza):

1. Grupo 1: Potencial de eliminación
  - Enfermedades de Chagas
  - Sífilis congénita
  - Rabia humana transmitida por perros
  - Lepra
  - Filariasis linfática
  - Malaria
  - Tétanos neonatal
  - Oncocercosis
  - Peste
  - Tracoma
2. Grupo 2: Reducir prevalencia
  - Esquistosomiasis
  - Geohelminthiasis

*Fuente:* Primer taller regional para la formulación de planes integrados para la prevención, control y eliminación de EID. OPS/PAHO, 2011.

Las EID están subdivididas en dos grupos: aquellas con potencial de eliminación con estrategias costo-efectivas; y aquellas cuya prevalencia solo puede ser reducida para que dejen de ser un problema de salud pública, con las herramientas de control existentes (PAHO, 2010) (OPS, 2009).

Para el primer grupo, las metas están relacionadas con la eliminación. La OMS desde el año 1998 (WHO, 1998) reconoce que por eliminación se entiende: *la reducción hasta cero de la incidencia en una zona geográfica definida, como resultado de iniciativas deliberadas, que exigen medidas continuas de intervención.*

Para el segundo grupo las metas están relacionadas con la reducción de la prevalencia hasta el nivel en que cada patología pueda dejar de considerarse un **problema de salud pública**. El informe "Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza (OPS, 2009)" considera que: *una enfermedad deja de ser considerada un problema de salud pública cuando se reduce drásticamente la carga de la enfermedad a un nivel considerado aceptable dados los instrumentos actuales disponibles y la situación sanitaria de la Región. A este nivel, la prevalencia de la enfermedad no limita la productividad social ni el desarrollo de la comunidad.*

## b. Contexto para Colombia de las EID

Más de mil millones de personas en el mundo sufren de al menos una EID (OMS, 2008) y la carga conjunta de enfermedad por las EID seleccionadas es de 56,6 millones años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), solo superada, entre las enfermedades infecciosas, por las infecciones respiratorias bajas, el VIH-SIDA y las enfermedades diarreicas, y a su vez mayor que la carga de enfermedad por malaria, tuberculosis y sarampión (Hotez, et al., 2007).

La carga de enfermedad por EID en América Latina y el Caribe es 8,8% de la carga mundial, aproximadamente 5 millones de AVAD. Esta importante cifra se explica teniendo en cuenta que, en el año 2008, el 40% de los aproximadamente 556 millones de habitantes de América Latina y el Caribe vivían en condiciones de pobreza incluyendo 47 millones de personas con un ingreso per cápita diario menor de 1 dólar de los Estados Unidos de América y 74 millones con menos de 2 dólares diarios (Hotez, Bottazzi, Franco-Paredes, Ault, & Roses-Periago, 2008).

En un estudio realizado en el año 2011 con el objetivo de mapear en la Región de las Américas, EID seleccionadas (oncocercosis, rabia humana transmitida por perros, tracoma, geohelmintiasis, filariasis linfática y esquistosomiasis) reveló que de 66 estados que presentan al menos una de las patologías estudiadas, 36 (54%) de estos presenta sobre-posición de patologías (Schneider, Aguilera, Barbosa da Silva Junior, Ault, Najera, & al., 2011).

Dada la alta carga de enfermedad atribuible al grupo de EID priorizadas en la Región, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de Salud han expresado su compromiso político de abordar las enfermedades consideradas como un problema de salud pública,

mediante la aprobación de diversos mandatos y resoluciones: lepra (1991<sup>8</sup>), oncocercosis (1991<sup>9</sup> y 2008<sup>10</sup>), filariasis linfática (1997<sup>11</sup>), enfermedad de Chagas (1998<sup>12</sup>), sífilis congénita (1995<sup>13</sup>), tracoma (1998<sup>14</sup>), esquistosomiasis y helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo (2001<sup>15</sup>), rabia humana transmitida por perros (2008<sup>16</sup>), malaria (2000<sup>17</sup> y 2005<sup>18</sup>) y tétanos neonatal (1989<sup>19</sup>).

De las doce EID que la OPS reconoce como problemas de salud pública para los países de América Latina, en Colombia se han reportado nueve (9).

- 8 Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA44.9. Adopción de la terapia combinada para la eliminación de la lepra como problema de salud pública, 44<sup>o</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1991.
- 9 Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD35.R14. Situación de la erradicación/eliminación de ciertas enfermedades de la Región, 35 Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 1991.
- 10 Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD48.R12. Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas, 48 Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2008.
- 11 Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA50.29. La eliminación de la filariasis linfática como problema de salud pública, 50<sup>o</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1997.
- 12 Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA51.14. Eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas, 51<sup>o</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1998.
- 13 Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD38.R8. Eliminación de la sífilis congénita en las Américas, 38 Consejo Directivo. Washington, D.C.: OPS; 1995.
- 14 Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA51.11 Eliminación mundial del tracoma como enfermedad causante de ceguera, 51<sup>o</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2001.
- 15 Organización Mundial de la Salud. Esquistosomiasis e infecciones por helmintos transmitidas por contacto con el suelo. WHA54.19, 54<sup>o</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2001.
- 16 Organización Panamericana de la Salud. 15<sup>o</sup> Reunión Interamericana a nivel Ministerial sobre la Salud y la Agricultura (RIMSA): "Agricultura y salud: Alianza por la Equidad y Desarrollo Rural en las Américas". Resolución CD48.R13, 48 Consejo Directivo. Washington D.C.: OPS; 2008.
- 17 Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA58.2. Control del paludismo, 58<sup>o</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2005.
- 18 Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD42.R15. Hacer retroceder la malaria en la Región de las Américas, 42 Consejo Directivo. Washington D.C.: OPS; 2000.
- 19 Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA 42.32. Programa Ampliado de Inmunización, 42<sup>o</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1989.

**Tabla 6.** EID presentes en Colombia

Análisis a Nivel Subnacional		Análisis a Nivel Nacional	
Filariasis linfática (Elefantiasis)	+	Geohelminitiasis	*
Oncocercosis		Enfermedad de Chagas	*
Esquistosomiasis	+	Lepra (i)	*
Ceguera por Tracoma	*	Tétanos neonatal (i)	
Rabia transmitida por perros	*	Sífilis congénita	*
Peste	+	Malaria	*

(i) Presente pero no como un problema de salud pública; (+) En Colombia no se han notificado casos de esta enfermedad; (\*) Enfermedades presentes en el país como un problema de salud pública al menos en un foco.

**Fuente:** Perfiles epidemiológicos de las EID y otras enfermedades relacionadas con la pobreza en América Latina y el Caribe. OPS, 2009.

El tétanos neonatal se ha reducido a un nivel tan bajo que la enfermedad ya no representa un problema de salud pública en LAC (menos de 1 caso por 1.000 nacidos por año por municipio), excepto en Haití. Durante el periodo 2007-2009 se confirmaron apenas 11 casos en 10 municipios de Colombia. El número de casos notificados en el año 2010 fue de 2. (INS, 2009).

La eliminación de la lepra como problema de salud pública se ha alcanzado a nivel nacional en todos los países de la Región, salvo en el Brasil (PAHO, 2009), aunque continúa siendo un problema en algunos niveles subnacionales y Colombia no es ajena a esta realidad regional. (INS, 2010). La prevalencia nacional revela que aunque ya no es un problema de salud pública a nivel nacional (menos de 1 caso por 10.000 personas), aún lo es en algunos municipios específicos. A partir del año 1985 cuando se inició el suministro de la poliquimioterapia (PQT) en Colombia la lepra ha venido disminuyendo en forma lenta y continua (Castiblanco & Espinosa, 2006). Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Sivigila) Nacional, la prevalencia de

lepra para el país en el año 2012 fue de 0,7 por 100.000 habitantes; el único departamento que no ha reportado casos de lepra es Guainía. Las prevalencias más altas registradas corresponden a las entidades territoriales de Arauca, Barranquilla, Santander, Norte de Santander, Vichada, Huila y Cartagena, las cuales históricamente se han caracterizado por mantener una mayor detección de casos.

En relación con la rabia humana transmitida por los perros, los casos se han reducido en 93% en el transcurso de los últimos 20 años en la Región (OPS, 2009). El compromiso de los países miembros de la OPS era lograr la meta de eliminación de la rabia humana transmitida por el perro antes del año 2012. El país se encuentra bastante cerca de cumplir la meta continental con cinco años de ausencia de casos notificados. Para avanzar en este proceso, el MSPS adquiere y distribuye a las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud alrededor de 4'000.000 de dosis de vacuna antirrábica para uso en perros y gatos en jornadas de vacunación anuales (MPS, Grupo Salud Ambiental, 2011) con coberturas que varían ampliamente

entre departamentos pero que según datos estimados están alrededor del 45 a 63%.

Cerca de nueve millones de personas en la Región están infectadas en forma crónica por la enfermedad de Chagas y cada año ocurren 40.000 casos nuevos de la enfermedad (OPS, 2009). Según el documento de la OPS de Estimación cuantitativa de la Enfermedad de Chagas en las Américas, en nuestro país en el año 2005 la tasa de prevalencia por esta patología era de 0,956 y la tasa de incidencia era de 0.012 (OPS, 2005). Se estima que alrededor de 8 millones de personas están expuestas a la transmisión vectorial de esta enfermedad y existen alrededor de 450.000 personas infectadas (Botero & Restrepo, 2012). En Colombia, la infección por *Trypanosoma cruzi* se ha detectado con frecuencia a lo largo del valle del río Magdalena, en la región del Catatumbo, la Sierra Nevada de Santa Marta, el piedemonte de los llanos orientales y la Serranía de la Macarena. Los departamentos que presentan una mayor endemia son: Santander, Norte de Santander, Cundinamarca, Boyacá, Casanare y Arauca y más recientemente se ha comenzado a documentar la importancia de este problema en comunidades de la Sierra Nevada de Santa Marta.

En Colombia la enfermedad de Chagas se considera un problema de salud pública, debido a que cerca del 5% de la población ya está infectada, el 20% está en riesgo de transmisión y en los últimos años se ha incrementado el número de casos notificados, atribuidos muy posiblemente al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la capacidad de diagnóstico de laboratorio de las Direcciones Territoriales de Salud. El país cuenta con un programa de prevención y control de la enfermedad; este programa comenzó oficialmente en el año 1996, teniendo en cuenta que en años anteriores se adelantaron medidas importantes de control. Hoy en día la cobertura del tamizaje a nivel

nacional en bancos de sangre, es del 100%. (Guhl, 2000). El programa de prevención y control se fundamenta en la interrupción de la transmisión transfusional, la disminución de la transmisión vectorial domiciliaria, la reforma de vivienda rural y el tratamiento etiológico a niños infectados. (Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, 2007).

En Colombia, la malaria también continúa siendo un grave problema de salud pública, debido a que cerca del 85% del territorio rural colombiano está situado por debajo de los 1.500 metros sobre el nivel del mar y presenta condiciones climáticas, geográficas y epidemiológicas aptas para la transmisión de la enfermedad. Cerca del 60% de la población colombiana se encuentra en riesgo de enfermar o morir por esta causa. La notificación de casos de malaria en el Sivigila durante el año 2009 (79.909 casos) frente a la presentada durante el 2008 mostró para el país un aumento del 28%. (INS, 2009)

Colombia está entre los países cuya incidencia de sífilis congénita (SC) se encuentra por encima de la meta propuesta por la OPS, de 0,5 por mil nacidos vivos (N.V.). La notificación de casos de SC desde 1996 ha ido en aumento, sin embargo aún se evidencia subregistro y silencio epidemiológico en la mayoría del territorio nacional. La incidencia de sífilis congénita para el año 2011 fue de 3,0 por 1.000 N.V la más alta registrada en los últimos 10 años en el país, siendo las entidades territoriales con mayor número de casos: Chocó, Valle del Cauca y Risaralda (INS, 2012).

Respecto a: rabia humana transmitida por perros, enfermedad de Chagas, malaria y sífilis congénita, al igual que tétanos neonatal y lepra, son problemas de salud pública que cuentan en el país con programas establecidos para su control liderados desde el Ministerio de Salud y Protección Social, de la mano del Instituto Nacional de Salud. Se implementan estrategias de

prevención y control y procesos de vigilancia para la mayoría de estas patologías. En algunos casos también hay esfuerzos de ONG nacionales e internacionales que se suman en la lucha por la meta común, por tal razón, estas patologías no se incluyen dentro del grupo de EID priorizadas para Colombia.

Respecto a dos eventos: Ceguera por tracoma y geohelmintiasis, desde el Ministerio de Salud y Protección Social se han logrado avances en el levantamiento de líneas de base para conocer la magnitud de estos problemas y se han iniciado acciones para su abordaje en grupos focalizados. Estos eventos hasta la fecha, cuentan con programas en etapa de diseño y por lo tanto son de especial interés en el marco del presente plan y se abordan con más detalle a continuación. Adicionalmente, la oncocercosis requiere sostener acciones de vigilancia para mantener su eliminación.

### C. Enfermedades infecciosas desatendidas priorizadas en Colombia

Teniendo en cuenta que los recursos de nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) son finitos, se entiende que se requiere priorizar los eventos a abordar, las acciones a realizar y las comunidades a intervenir; a esta realidad no son ajenas las EID.

De las doce EID priorizadas por la OPS para LAC en Colombia se priorizan tres que a la fecha tienen presencia comprobada en el país y no cuentan con programas para su abordaje. Estas son: ceguera por tracoma, geohelmintiasis y oncocercosis. La primera con presencia en la Región suroriental del país denominada Orino-

quía/Amazonía, especialmente en los departamentos fronterizos con Brasil. Aún no se ha realizado la delimitación del foco, durante este proceso pueden resultar comprometidas otras regiones diferentes a las fronterizas. Con respecto a la segunda (las geohelmintiasis) están presentes en todos los departamentos, se presume que con mayor prevalencia en áreas rurales, rurales dispersas y en los cordones de miseria urbanos. Adicional a estas dos patologías, la oncocercosis en su componente de vigilancia posendémica también ha sido priorizada en el plan nacional.

Lo anterior no significa que se desconozca la presencia de otros problemas de salud pública que en Colombia se correspondan con lo que se entiende por EID tales como: leptospirosis, equinococosis, infecciones por tremátodos transmitidas por los alimentos, pediculosis, tungiasis, escabiosis, larva migrans, hidatidosis, entre otras, para las cuales se hace necesario plantear el desarrollo de unas fases de reconocimiento de estas patologías en cada región, la estimación de su magnitud a escala nacional y subnacional, el desarrollo de herramientas y propuestas para su intervención, así como la aplicación de las mismas, con mediciones posteriores de resultado e impacto y un alto contenido de un componente investigativo y análisis de evidencias.

*“El Plan nacional para la Prevención, el Control y la Eliminación de las EID priorizadas”* corresponde al primer esfuerzo acorde a recursos disponibles y capacidad de respuesta del nivel nacional. Posteriormente, el plan deberá ser adoptado y adaptado por cada departamento y distrito, acorde a su propio perfil epidemiológico y a los resultados de un ejercicio de priorización de este grupo de enfermedades en el nivel local, teniendo en cuenta que en cada territorio es posible encontrar escenarios en los cuales se superpongan algunas de estas patologías.

**Tabla 7.** Ejercicio de priorización de EID para Colombia

¿Qué Priorizar?	Evento	
Criterio Priorización	Ceguera por Tracoma	Geohelmintiasis
Carga de la enfermedad en las poblaciones afectadas	Alta	Alta
Potencial de perpetuación.	Alta	Alta
Asociación con marginalidad y desatención comunitaria	Alta	Alta
Afectación de comunidades vulnerables, diferenciales.	Alta	Alta
Potencial de eliminación o control de la infección.	Alta / Eliminación	Alta /Control
Costo-efectividad de las acciones conocidas.	Alta	Alta
Se cuenta con programas o esfuerzos nacionales?	NO	NO
Mayor carga de enfermedad	Dptos. fronterizos	Región periurbana y rural de todos los dptos.

## 1. Oncocercosis

La oncocercosis es una parasitosis del hombre causada por *Onchocerca volvulus* que afecta principalmente la piel y los ojos produciendo diferentes presentaciones clínicas. Esta patología constituye la segunda causa de ceguera infecciosa prevenible a nivel mundial. El parásito es transmitido por varias especies de insectos hematófagos del género *Simulium* en amplias zonas subtropicales del África occidental y en reducidas áreas en el Yemen y Sur y Centroamérica. En Colombia el único vector comprobado es *S. exiguum* que a diferencia de la forma citogenética cayapa de Ecuador, no es muy eficiente en la transmisión de la microfilaria ya que tiene alta preferencia por picar ganado y se alimenta del ser humano solo como resultado de

la ausencia de estos animales en las regiones donde se encuentra.

En Colombia, en el año 1965 debutó el caso índice de oncocercosis con manifestaciones oculares de la enfermedad. Este consultó por la pérdida casi total de visión por el ojo derecho y los hallazgos clínicos fueron compatibles con lesiones por *O. volvulus*. El paciente residía en ese momento en Buenaventura, no había salido nunca del país y procedía del departamento del Cauca, de la región de los ríos Chuare y Micay. (Assis-Masri & Little, 1965).

Posterior a esto, durante los años 1965 a 1989 se realizaron tres evaluaciones epidemiológicas que evidenciaron presencia de microfilarias en piel entre las personas evaluadas en la región

circundante al río Chuare. En el año 1995, posterior a la creación del Comité Nacional de Oncocercosis, se realizó la delimitación del foco colombiano en la comunidad de Naicioná del municipio de López de Micay, departamento del Cauca. Adicionalmente se descartó la presencia de un foco en la región fronteriza con Ecuador. Entre los años 1996 a 2007 se realizó intervención con quimioterapia preventiva masiva con Mectizan® logrando coberturas óptimas (superiores al 85% de las personas elegibles) en la comunidad de Naicioná, e incluso dando alcance a todas las personas que inmigraron a otras comunidades ribereñas e incluso a Buenaventura, alcanzando en total 23 rondas de tratamiento.

Durante el periodo de tiempo que abarcó la intervención con quimioterapia preventiva, la prevalencia de microfilarias en piel decreció de 40% en el año 1995 a 0% en el año 2007, la prevalencia de queratitis punteada pasó de 32% a 0%. Teniendo en cuenta lo anterior, en el año 2007 el Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA por sus siglas en inglés), recomendó al entonces, Ministerio de la Protección Social suspender el tratamiento con Mectizan® por considerarse que la transmisión de oncocercosis en el foco de Colombia había sido interrumpida. Se inicia el periodo de vigilancia epidemiológica post-tratamiento que abarca los años 2008 – 2010. En el 2010 se realiza la última evaluación entomológica que evidencia ausencia de infección en los vectores examinados con lo cual se procede a solicitar la verificación de criterios de eliminación mediante un completo informe de país, presentado por el Programa Nacional de Eliminación de la Oncocercosis (PNEOC) a la Organización Mundial de la Salud. En el año 2012 una comisión verificadora de la OMS visitó el país y dio su visto favorable frente a la eliminación de la oncocercosis del foco colombiano, constituyéndose este como el primer país del mundo en alcanzar este logro.

La eliminación de la oncocercosis del país fue el producto de 14 años de trabajo constante, compromiso y movilización comunitaria, acciones intersectoriales y de alianzas público – privadas. Actualmente, siguiendo las recomendaciones que dio al país la comisión verificadora de los criterios de eliminación de la OPS/OMS, el reto frente a este problema de salud pública consiste en implementar la vigilancia post-endémica para evitar que una recrudescencia por casos importados hasta que se elimine la oncocercosis de todos focos activos de los países de la región, e incorporar la vigilancia en el sistema rutinario del país (SIVIGILA) En la actualidad en LAC hay 12 focos endémicos de oncocercosis distribuidos en 5 países.

La activación de la vigilancia epidemiológica para prevenir una posible recrudescencia tendrá en cuenta la presencia de factores en una determinada región que posibiliten la infección de vectores con *O. volvulus* que tengan potencial de transmisión al ser humano. Es así como esta vigilancia se propone en tres frentes:

- a. Área circundante al antiguo foco de oncocercosis en la comunidad de Naicioná: Municipios aledaños al río Chuare y sus tributarios en el departamento del Cauca.
- b. Departamentos diferentes al anterior que comparten frontera con países que tienen al menos un foco de oncocercosis o con el antiguo foco colombiano: Nariño, Valle del Cauca, Guainía, Vaupés y los circundantes a estos departamentos.
- c. Departamentos que no comparten frontera con el antiguo foco de oncocercosis colombiano o con focos activos de países fronterizos y que pueden actuar como centros de referencia de pacientes con lesiones dermatológicas u oculares complejas: el resto de departamentos del país.

### Mapa 3. Vigilancia epidemiológica para prevenir recrudescencias por oncocercosis



**Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social – Programa Nacional para la Eliminación de la Oncocercosis de Colombia, 2013.

Las acciones de vigilancia epidemiológica para prevenir una recrudescencia por oncocercosis en el país para los tres frentes antes descritos se presentan a continuación:

A	Educación a la comunidad del antiguo foco y al personal de salud (IPS y EPS).
B	Educación al personal de salud de centros de referencia (Dermatólogos, Oftalmólogos, Optómetras, otros) de departamentos fronterizos con presencia de <i>Simulium exiguum</i> u otra especie con potencial de transmisión, o donde esta se desconozca.
C	Socialización del protocolo de vigilancia posendémica de la oncocercosis.

## 2. Ceguera por Tracoma

El tracoma es una querato conjuntivitis recurrente crónica, causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Se transmite por contacto directo persona a persona o contacto indirecto con toallas o diferentes fómites o con fluidos conjuntivales de una persona infectada, así como por vectores mecánicos como moscas que llevan la infección de persona a persona. La ceguera puede ocurrir después de repetidas infecciones durante la infancia, que con el tiempo cicatrizan la mucosa tarsal, provocando engrosamiento del párpado y retracción del mismo configurando entropión (inversión patológica del párpado, que hace que las pestañas lesionen la córnea, produciendo opacidad y ceguera); es más frecuente encontrarla después de los 30 años, principalmente en mujeres por su cercanía con los niños, el contacto con las secreciones infectadas. El tracoma es asociado con la pobreza, hacinamiento, la falta de acceso al sistema de salud y a condiciones inadecuadas de saneamiento básico e higiene personal. (PAHO, 2009).

Hasta septiembre del año 2010 se había documentado la presencia de focos activos de tracoma en tres países en las Américas: México, Guatemala y Brasil, abarcando en total 30 unidades administrativas lo cual lleva a estimar que alrededor de 50 millones de personas en la región viven en áreas de riesgo para esta enfermedad (Schneider, Aguilera, Barbosa da Silva Junior, Ault, Najera, & al., 2011) (PAHO, 2010). Categorías de países: (OPS, 2011).

- Antiguos Focos Endémicos que se sospechan ya no activos: México.
- Focos endémicos activos: Brasil, Guatemala.
- Focos recién reportados para estudio: Colombia.
- 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.

### Mapa 4. Localización del foco de tracoma en comunidades indígenas de



#### Río Negro, Brasil

**Fuente:** Ximenes, Medina, & Velasco-Cruz, 2001.

En Brasil, en la zona que limita con el departamento colombiano del Vaupés; en varias comunidades indígenas de la familia Makú de la región del Río Negro, está detectado desde el año 2001 un foco activo de tracoma. Las prevalencias estimadas de esta patología en sus formas activas en niños y niñas de 1 a 9 años de edad fueron superiores al 50% para el año de detección (Ximenes, Medina, & Velasco-Cruz, 2001). Esta fue la ruta por la cual ingresó este problema de salud pública a nuestro país ubicándose en la Región Orinoco-Amazonas, que comparte las mismas características y determinantes sociales de salud que el área homónima del Brasil.

En Vaupés en el año 2006 se encontró evidencia clínica de presencia de tracoma en comuni-

dades indígenas del oriente del departamento, en zonas limítrofes con Brasil (Miller, Gallego, & Rodríguez, 2010). Posteriormente, en el año 2011 se confirmó el diagnóstico etiológico por medio de pruebas de PCR estandarizadas en el Instituto Nacional de Salud (INS)<sup>20</sup> y en el año 2012 se realizó un censo para levantar la línea de base de la prevalencia en la región oriental del departamento cobijando un total de 86 comunidades. Los resultados del estudio mencionado ubican el foco que aún no se ha delimitado, en niveles de endemia con 26% de prevalencia de formas activas de tracoma en menores de 1 a 9 años de edad y hay 99 personas (prevalencia de 3,2 x 1.000 habs.), con triquiasis tracomatosa (TT).

Vaupés, el departamento en que está detectada la presencia de tracoma con potencial cegador en Colombia, es eminentemente selvático con 33.000 habitantes (Proyección DANE), con una densidad poblacional de 0,2 habitantes por km<sup>2</sup>. El centro poblado con mayor densidad es Mitú, con características netamente rurales. La vía de acceso principal es aérea, toda vez que no existen carreteras que conecten este poblado con la capital del país o con otras ciudades.

Convergen 27 pueblos indígenas quienes hablan lenguas 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,

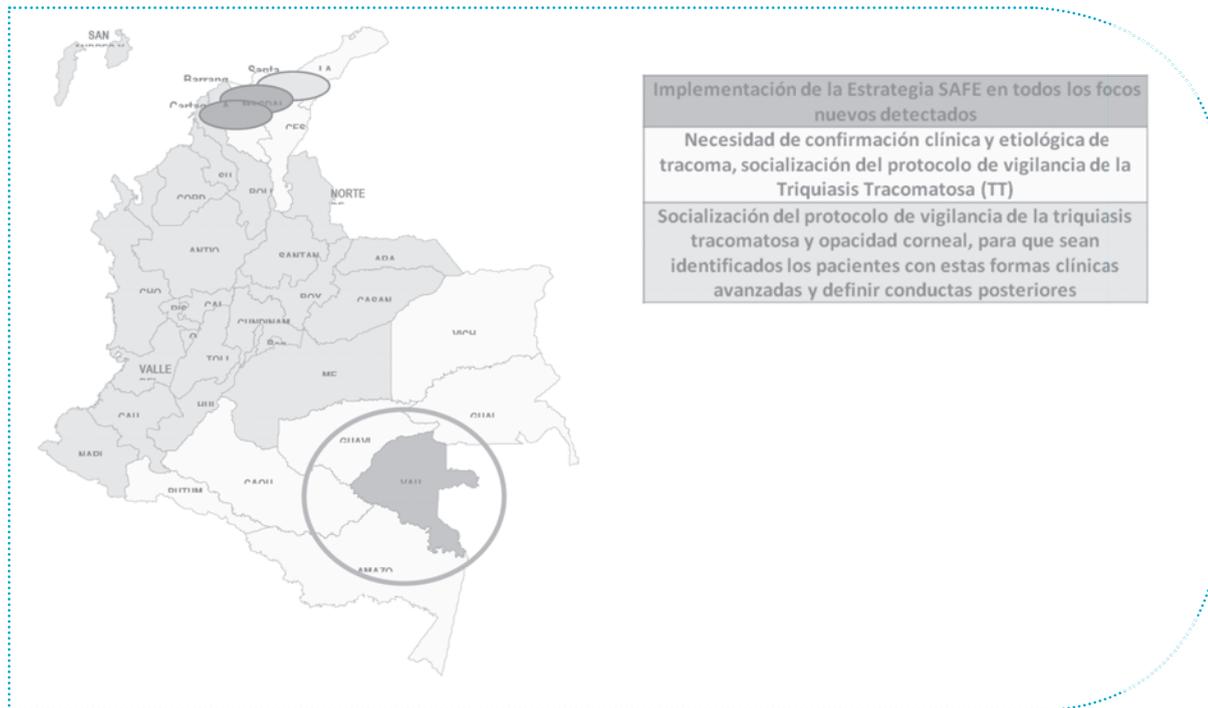
que realmente son cuatro grupos que comparten territorio con Brasil: los Jupdá, los Yujup, los Kacua y los Nukak. Los diferentes pueblos indígenas del Vaupés, se asientan en comunidades que raramente superan los 120 habitantes. Esta alta dispersión poblacional genera unos costos operativos ingentes para cualquier programa de atención del Estado. (OPS, 2011).

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 territorio colombiano. (OPS, 2011).

Se ha reportado evidencia clínica de tracoma activo en los departamentos de Amazonas en Leticia la capital departamental, en el Guainía en la comunidad indígena de Punta Tigre, en al menos una persona procedente del departamento Caquetá y en el Guaviare. Aún no se ha establecido la confirmación etiológica de éstos, ni se ha determinado la magnitud del problema, y se sospecha, con excepción de la Sierra Nevada de Santa Marta, dado que comparten los mismos determinantes sociales, demográficos, ecológicos y etnográficos, que se trate de un único foco Colombiano en la Región Orinoco-Amazonas, resultante de la continuidad del Foco de Rionegro de la Amazonía Brasileira; sin descartar su presencia en otros departamentos o regiones alejadas del foco original, donde tendrá que evaluarse si se presenta como problema de salud pública.

20 Informe verbal del microbiólogo: Jaime Moreno, Coordinador Grupo de Microbiología, INS. Pendiente publicación.

**Mapa 5.** Departamentos en los cuales es conocida la presencia de formas activas de tracoma, acciones requeridas.



*Fuente:* Programa Nacional de EID y Secretaría de Salud del Vaupés.

Un análisis de las brechas y necesidades para lograr el control de EID en los países de LAC publicado en el año 2010, presenta el siguiente consolidado de lecciones aprendidas y desafíos relacionados con tracoma.

**Tabla 8.** Lecciones aprendidas y desafíos de los países de ALC frente a Tracoma

Tracoma en ALC	
Lecciones aprendidas	Desafíos
La Región de ALC tiene la oportunidad de lograr la meta de eliminación	Se requieren con urgencia lineamientos y procesos para la certificación de la eliminación
La identificación de focos y el mapeo y remapeo se están llevando a cabo	Impulsar la implementación de la estrategia SAFE como parte de los planes integrales para las EID en los focos identificados
La estrategia y plan mundial Visión 2020 es un marco que promueve el enfoque integral	Promover y mantener el trabajo con los aliados para lograr la meta de eliminación
El trabajo con los aliados en la implementación de la estrategia SAFE en Brasil y el apoyo para la eliminación en Brasil, México y Guatemala	Fortalecer la incorporación del tratamiento, la cirugía y el cuidado a través de los sistemas de atención primaria
El compromiso político de eliminar el tracoma se ha conseguido	Integrar las acciones con otros programas y sectores como los de agua y saneamiento para enfocarse en los determinantes sociales en salud

*Fuente:* Control y eliminación de cinco enfermedades desatendidas en ALC 2010-2015. OPS, 2010.

La OPS en el mencionado documento recomienda impulsar la estrategia SAFE para el control del tracoma y articularla con los planes integrados para el control de las EID a través de los sistemas de Atención Primaria en Salud (APS) en el sector salud y con otros sectores enfocándose en los determinantes sociales. La conclusión principal es que ALC puede lograr la meta de eliminación de la ceguera por tracoma.

Una oportunidad de integración de programas está en la distribución conjunta de medicamentos para el tratamiento de tracoma y geohelmintiasis dado que la presencia de esta última es común en áreas que comparten los mismos determinantes sociales para ambas enfermedades. Es segura la coadministración de albendazol (usado en geohelmintiasis) con Azitromicina para el tracoma. (Patrick, Fenwick, & Utzinger, 2006).

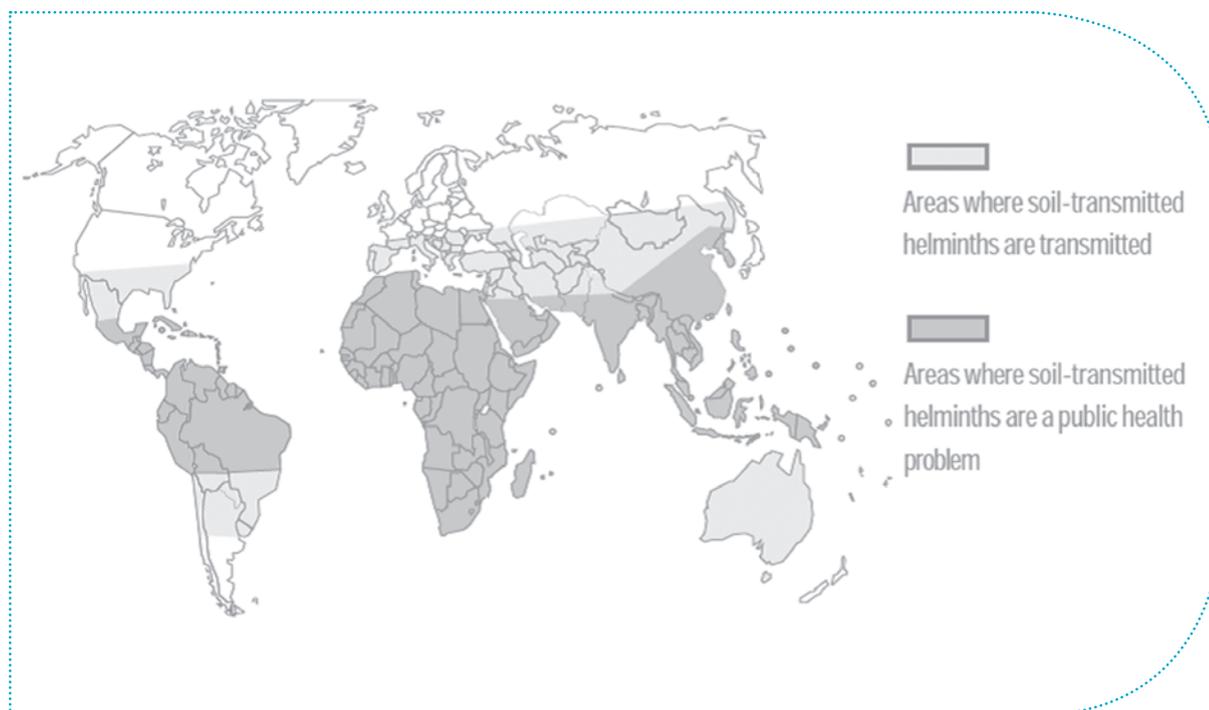
### 3. Geohelmintiasis

Actualmente se estima que hay muchos más casos de infecciones por parásitos intestinales que casos de VIH/SIDA, tuberculosis y malaria juntos (Final Report: Consultation Meeting on a Trust Fund for the Prevention, Control and Elimination of Neglected and Other Infectious Diseases in Latin America and the Caribbean, 2008). Las geohelmintiasis son las infecciones más comunes en todo el mundo y afectan especialmente a las comunidades más necesitadas. Estimaciones recientes sugieren que *A. lumbricoides* infecta a más de 1.000 millones de personas, *T. trichiura* a 795 millones y las uncinarias (*Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus*) a 740 millones. (WHO, 2007) (PAHO, 2009).

La infección es causada por la ingestión de huevos procedentes del suelo contaminado o por penetración a través de la piel de las larvas que están en el suelo (uncinarias). Estas infecciones producen una amplia gama de síntomas, incluyendo manifestaciones intestinales (diarrea, dolor abdominal, mala absorción de la vitamina A), malestar general y de-

bilidad, que pueden afectar el desempeño laboral y escolar, las capacidades de aprendizaje, causar bajo peso al nacer, perjudicar el crecimiento físico y el desarrollo psicomotor. Las uncinarias pueden causar sangrado digestivo crónico que resulta en anemia (Kvalsvig & al., 1991)(WHO-Unicef, 2004)(PAHO, 2009)(S & al, 2004).

### Mapa 6. Distribución mundial de las geohelmintiasis



*Fuente:* WHO – Unicef. How to add deworming to vitamin A distribution.

Según reportes del Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas de la OPS, en el año 2010, 30 países de la región tenían población a riesgo de padecer geohelmintiasis. De lo anterior se estima que en riesgo de contraer la enfermedad están 13.866.203 niños y niñas en edad preescolar y 31.341.795 en edad escolar (PAHO, 2010).

La Organización Panamericana de la Salud estima que los parásitos intestinales constituyen

el 15 por ciento de la carga de enfermedad de las Américas causada por las enfermedades infecciosas desatendidas. Para exacerbar este problema, los individuos que padecen de éstas enfermedades son los más pobres de los pobres, viven con menos de 2 dólares por día. (BID, OPS, Desatendidas, & Sabin, 2011).

Los niños son uno de los grupos prioritarios para el tratamiento debido a que las consecuencias de la infección por geohelminthos son más inten-

sas y marcadas en estos grupos de edad. Además de los efectos ya descritos propios de la enfermedad, los niños pierden un promedio de 3.75 puntos de cociente intelectual debido a infecciones por parásitos intestinales (Christian, Khatri, & West, 2004). Las estimaciones sugieren que las infecciones a largo plazo por estos parásitos pueden limitar el potencial económico y la capacidad de generar ingresos hasta en un 43 por ciento (PAHO, 2008).

Durante el año 2011 se llevó a cabo el ensayo piloto para la Encuesta Nacional de Parasitismo Intestinal en Escolares. Dicho estudio se reali-

zó en cuatro departamentos representativos de Colombia: Sucre, Chocó, Vaupés y Antioquia y posteriormente durante los años 2012 y primer semestre de 2013 se realizó la mencionada encuesta en la Región Atlántica con el objetivo de determinar la prevalencia e intensidad de infección por geohelmintos en esta Región; quedando planeada su continuación en las cuatro regiones biogeográficas restantes del país para la segunda mitad del 2013 y su publicación y difusión en el 2014. A continuación se presentan los resultados preliminares de la primera fase realizada en el año 2012 que abarcó a la región biogeográfica Atlántica.

**Tabla 9.** Resultados preliminares: Encuesta Nacional de Parasitismo Intestinal en Población Escolar – Fase I (Región Atlántica)

Variable		Territorios insulares Océánicos Caribeños		Cinturón Árido Pericaribeño			Sierra Nevada de Santa Marta		Chocó - Magdalena			Total			
		Urbana	Rural	Urbana	Rural	Sin Dato	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Sin Dato	Urbana	Rural	Sin Dato	Total
Prevalencia Geohelmintos	Ascaris	(0,0%)	(2,6%)	(17,1%)	(22,7%)	(17,6%)	(36,2%)	(55,2%)	(26,0%)	(38,8%)	(0,0%)	(20,7%)	(27,9%)	(16,2%)	(23,3%)
	Trichuris	(0,0%)	(7,9%)	(41,4%)	(46,1%)	(47,1%)	(53,2%)	(72,4%)	(59,5%)	(83,7%)	(50,0%)	(47,5%)	(56,3%)	(45,9%)	(50,7%)
	Uncinarias	(0,0%)	(0,0%)	(5,9%)	(16,0%)	(11,8%)	(4,3%)	(3,4%)	(12,2%)	(41,0%)	(0,0%)	(7,8%)	(21,9%)	(10,8%)	(13,0%)
	Infección para todos los geohelmintos	(0,0%)	(9,71%)	(51,21%)	(61,32%)	(58,07%)	(67,38%)	(83,07%)	(69,52%)	(88,79%)	(47,17%)	(58,13%)	(71,70%)	(56,19%)	(63,30%)
Intensidad Geohelmintos (proporciones)	Intensidad alta ascaris	(0,0%)	(0,0%)	(1,4%)	(2,9%)	(0,0%)	(4,3%)	(20,7%)	(3,0%)	(4,5%)	(0,0%)	(2,0%)	(4,1%)	(0,0%)	(2,7%)
	Intensidad alta trichuris	(0,0%)	(0,0%)	(0,3%)	(1,5%)	(2,9%)	(2,1%)	(0,0%)	(5,3%)	(14,6%)	(0,0%)	(1,9%)	(5,3%)	(2,7%)	(3,2%)
	Intensidad alta uncinarias	(0,0%)	(0,0%)	(0,0%)	(0,0%)	(2,9%)	(0,0%)	(0,0%)	(1,0%)	(2,8%)	(0,0%)	(0,3%)	(0,9%)	(2,7%)	(0,6%)

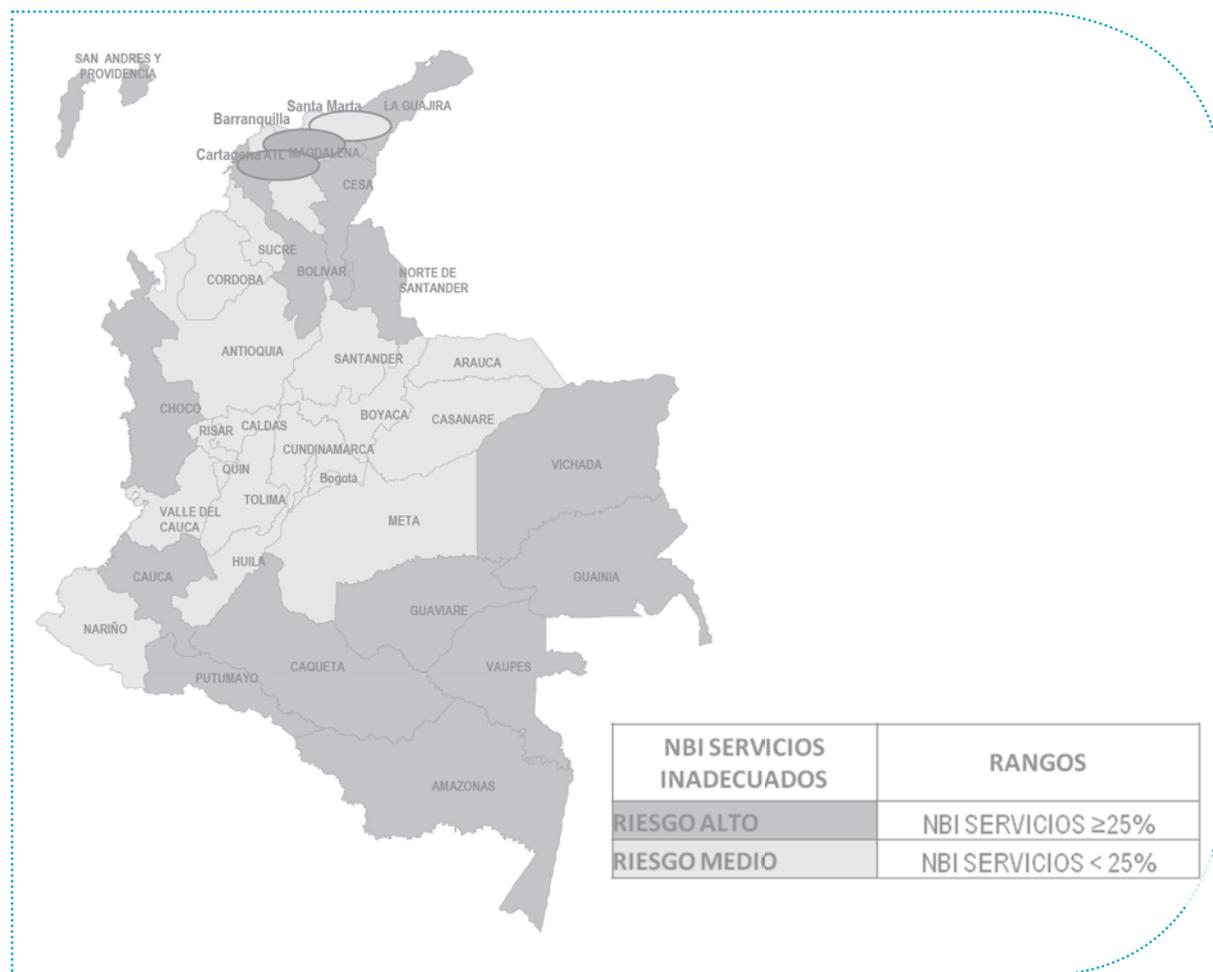
Fuente: Informe Final de la Universidad de Antioquia, 2012.

La prevalencia global para geohelmintos en la población escolar de la región biogeográfica Atlántica es de 63%. Este resultado ubica esta región en alto riesgo para la transmisión de esos parásitos. El geohelminto más común resultó ser *T.trichiura* seguido por *A.lumbricoides* y las *uncinarias* respectivamente.

A continuación se presenta un ejercicio de priorización nacional de acompañamiento

técnico a las entidades territoriales con base en el riesgo de transmisión de las Helmintiasis Transmitidas por el Suelo (HTS) estimado por el indicador NBI desagregado (componente de vivienda con servicios inadecuados). A su vez, tanto los departamentos en alto riesgo, como los de riesgo medio, deben priorizar el acompañamiento a sus municipios utilizando la misma metodología.

**Mapa 7.** Priorización de Entidades Territoriales a partir de la estimación del riesgo de transmisión de HTS usando el indicador NBI desagregado (componente de vivienda con servicios inadecuados)



Fuente: DANE, 2005.

Todas las entidades territoriales deben realizar acciones de desparasitación masiva en las poblaciones de riesgo, priorizando las de ALTO riesgo (sin acueducto o alcantarillado o con prevalencias de geohelmintiasis  $\geq 20\%$ ), concentrándose principalmente en las escuelas y colegios de los estratos socioeconómicos 1 y 2 (niños de 5 a 14 años) y progresivamente ampliando a otros grupos de edad prioritarios, según el lineamiento nacional de desparasitación

antihelmíntica con especial interés en: los cinturones de miseria periurbanos, población desplazada, grupos étnicos, otras poblaciones de riesgo.

El análisis de brechas y necesidades de los países de América Latina y el Caribe para lograr el control de EID realizado en el año 2010 por la OPS, presenta el siguiente consolidado de lecciones aprendidas y desafíos para enfrentar, relacionados con geohelmintiasis.

**Tabla 10.** Lecciones aprendidas y desafíos de los países de ALC frente a esquistosomiasis y geohelmintiasis

Esquistosomiasis y geohelmintiasis en ALC	
Lecciones aprendidas	Desafíos
El mapeo conjunto de la esquistosomiasis y las geohelmintiasis es una ventana de oportunidades para la toma de decisiones y los planes integrales a nivel local	Mejorar la cobertura de la administración masiva de medicamentos y de la desparasitación, así como el sistema de información epidemiológico para el monitoreo y la evaluación (M&E)
Las actividades de desparasitación han aumentado en LAC, y el apoyo de las ONG y OBF ha sido impactante	Promover el mapeo conjunto de esquistosomiasis, geohelmintiasis y fasciolosis
El sistema de información para desparasitación y administración masiva de medicamentos todavía es un problema	Brindar cooperación técnica para integrar acciones interprogramáticas e intersectoriales
Las acciones de desparasitación en niños en edad escolar han ido en aumento, pero todavía son insuficientes en niños en edad preescolar	Promover el enfoque que incluye el manejo de los determinantes sociales para el logro de las metas
	La abogacía, las alianzas y los recursos son necesarios para impulsar las acciones en torno a las geohelmintiasis en ALC
	Promover la integración de las acciones de eliminación de helmintos con la estrategia AIEPI, el PAI, los programas de nutrición, las escuelas saludables, entre otros.
	Incorporar los temas de agua y saneamiento

**Fuente:** Control y eliminación de cinco enfermedades desatendidas en ALC 2010-2015. OPS, 2010.

De lo anterior se entiende que las acciones de desparasitación deben asegurar una mayor cobertura e incluir niños en edad preescolar, asegurando un adecuado sistema de información que dé cuenta de la implementación y el impacto de las estrategias ejecutadas. Lo anterior bajo el enfoque de determinantes sociales de la salud articulado con programas afines.

Otro desafío importante que enfrenta el país, frente a la desparasitación antihelmíntica es in-

crementar la cobertura a través de estrategias masivas tipo campaña, trascendiendo la desparasitación que actualmente está muy limitada al plano individual en la consulta médica de control de crecimiento y desarrollo y control prenatal, de manera que contribuyan efectivamente a la interrupción de la transmisión, después de varias rondas sucesivas sostenidas con coberturas superiores al 75% de las poblaciones elegibles (ver Lineamiento Nacional de Desparasitación Antihelmíntica).





## Tipo de Integración de acciones

43:

### a. Administración masiva de medicamentos: integración interprogramática

La OPS propone que en las áreas geográficas donde hay superposición de enfermedades y es posible la distribución masiva de medicamentos se realice la entrega de medicamentos para EID mediante la asociación con plataformas existentes de otros programas que tienen el mismo alcance en las comunidades afectadas, por ejemplo: PAI, AIEPI, otras. (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Dado que Colombia se caracteriza por tener regiones dispersas y de difícil acceso geográfico y es justamente allí donde por lo general se encuentran las poblaciones más pobres y desatendidas, es estratégico que el desarrollo de las acciones comprendidas en este plan se vincule con plataformas programáticas con gran alcance dentro de los territorios. Es potestad de cada entidad territorial determinar en cuál programa del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) se anclan las intervenciones para la prevención, el control y la eliminación de las EID; lo anterior teniendo en cuenta los grupos poblacionales que son objeto de las diferentes estrategias de control y el alcance esperado de los programas de salud pública. Este enfoque reduce costos y mejora la cobertura del tratamiento para llegar a la población afectada por las EID.

### b. Integración de acciones en los sistemas de salud

La atención primaria en salud, es un proceso en el que las actividades de control de las enfermedades se fusionan o coordinan fuertemente en el contexto de un sistema de salud multifuncional e integral. (PAHO, 2010). La integración empieza por fortalecer los sistemas de salud que sirven de base para entrega de medicamentos y servicios preventivos y curativos.

Algunos departamentos, como estrategia para desarrollar actividades de atención en salud dirigidas a las poblaciones más lejanas y de difícil acceso, implementan dos estrategias; por un lado, la conformación de equipos interdisciplinarios de salud que tienen como fin la atención en salud de estas comunidades, cuyas actividades se llevan a cabo con cargo al Plan Obligatorio de Salud (POS); por otro lado, existe otro grupo que realiza actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad contenidas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) Territorial, pero no realizan ninguna acción relacionada con la atención misma. Estos dos equipos de salud tienen contacto con todas las poblaciones rurales al menos una vez por año, pero no se ofrece atención integral (intervenciones de salud pública y de atención individual) y por lo tanto es necesario desarrollar estas acciones con los Equipos Básicos de Salud conformados o por conformar, atendiendo a la reglamentación del estado, para garantizar cobertura en los territorios de más difícil acceso.

La Ley 1438 de 2011, estableció que Colombia deberá implementar la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) a través de equipos básicos de salud. En la actualidad está en marcha un proceso para hacer realidad este mandato, hasta entonces, las actividades de prevención, control, atención y vigilancia de las EID priorizadas se deberán articular, a las plataformas conformadas y existentes en cada departamento.

Con el fin de reducir costos y mejorar la cobertura del tratamiento de las poblaciones afectadas por tracoma, se propone acompañar a las entidades territoriales de orden departamental y distrital en un proceso que determine, de acuerdo con el funcionamiento de cada una, el abordaje óptimo interprogramático para la implementación de las acciones de promoción y prevención contenidas en el presente plan, tales como: educación en hábitos higiénicos (lavado de manos, cara y fómites), administración masiva de medicamentos, otras con los equipos de salud existentes. Una vez se reglamente la implementación de la estrategia de APS, corresponderá al Ministerio de Salud y Protección Social promover la inclusión de acciones de promoción, prevención, control y vigilancia de EID mediante abogacía en el nivel central y asistencia técnica en el territorial.

### C. Enfoque intersectorial y participación comunitaria

Otro aspecto que se debe considerar cuando se trata de planes integrales es la participación comunitaria. Todos los autores concuerdan que es necesario involucrar a la comunidad en los programas de prevención y control (PAHO, 2010). A la vez se refiere a la integración de acciones en el sistema de salud con énfasis en la acción intersectorial. (Holveck, et al., 2007).

En Colombia la formulación de un documento marco como lo es este Plan y su adopción por parte de los territorios, ofrece un reto importante para la salud pública por cuanto éste es un país pluriétnico y multicultural en el que residen 1.392.623 indígenas que corresponden al 3,43% de la población del país; 4.311.757 de afrocolombianos, que corresponden al 10,62% del total de la población (DANE, Censo 2005).

Este lineamiento deberá ser adoptado por los entes territoriales para que se constituya en la guía de navegación por los próximos cinco años, para el abordaje integral de las EID priorizadas a nivel nacional, pero a la vez, se deberá realizar un ejercicio de priorización local de EID acorde al perfil epidemiológico de cada departamento y generar planes departamentales para la prevención y el control de las EID identificadas como problemas de salud pública, adaptados sociocultural y técnicamente a las comunidades objeto de intervención, que al ser las más pobres de las pobres suelen coincidir con los grupos rurales dispersos, indígenas y afrocolombianos.

Desarrollar y fortalecer los mecanismos de participación comunitaria es una estrategia para trascender la adecuación sociocultural al escenario en donde se van a implementar los planes. Esto se propone que se haga mediante la invitación a participar en el proceso de formulación, seguimiento y evaluación de los planes territoriales a representantes de las comunidades potencialmente beneficiadas de las acciones propuestas y la identificación de líderes comunitarios, incluidas mujeres, con quienes se implementen las acciones de: medicación masiva, educación a la población, saneamiento ambiental, vigilancia comunitaria de reacciones adversas medicamentosas y otras cuando así lo defina la comunidad.

Por otra parte, la focalización de las enfermedades infecciosas desatendidas especialmente en poblaciones dispersas, de difícil acceso,

ubicadas muchas veces en medio de la selva, con particularidades de cosmovisión de la enfermedad y de la curación, escasa y a veces nula occidentalización, hacen que las intervenciones en estas zonas sean muy costosas y persistan las barreras culturales para su aceptación, y por lo tanto, el abordaje de las EID se realizará principalmente desde las acciones de promoción de la salud y la prevención mediante las estrategias de quimioterapia preventiva masiva dirigida a grupos elegibles, previa concertación con los líderes legítimos y reconocidos de cada grupo y articulando estas acciones a sus propias formas de prevención y

tratamiento tradicionales o ancestrales. Las acciones encaminadas a contribuir con mejorar el suministro de agua segura, el saneamiento ambiental y la promoción de la higiene personal, se realizarán por medio de la estrategia "Entornos Saludables" que a su vez constituye la plataforma de operatividad para la estrategia WASH y el componente E de la estrategia SAFE. Lo anterior, mediante la adopción de tecnologías apropiadas al medio, a la vez que se deberá incidir sobre los responsables de otros sectores que tienen como parte de su gobernanza el trabajo directo sobre los determinantes sociales de la salud.



# IV

## Estrategias del plan integrado

47:

### a. SAFE

**E**l 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 en el año 2020 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 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, tendientes a prevenir la aparición de nuevos casos (conocida como estrategia SAFE por su sigla en inglés).

Estrategia de "SAFE": (Emerson, Frost, Bailey, & Mabey, 2006).

1. **Surgery:** prevenir la ceguera a través de la cirugía de párpados para corregir la inversión o el entropión del párpado superior y la triquiasis.
2. **Antibiotics:** Uso de antibióticos en las zonas endémicas. Azitromicina sistémica en dosis única cada doce meses o tetraciclina tópica en menores de 6 meses de edad. El tratamiento masivo está indicado cuando la prevalencia de las formas activas de tracoma es  $\geq 10\%$  en niños de 1 a 9 años de edad y debe sostenerse con coberturas superiores al 80% en cada ronda de intervención durante 3 ó 5 años según el escenario de prevalencia.
3. **Face Washig:** Reducción de la transmisión a través de la promoción del lavado de cara, con énfasis en retirar las secreciones oculares y nasales.
4. **Environmental Improvement:** Mejoramiento ambiental, que implica acceso al agua, medidas de saneamiento (eliminación de basuras, excretas, materia orgánica, entre otras) y promoción de la higiene individual.

La estrategia SAFE es un modelo que cada país acorde a sus propias particularidades, debe adaptar. Nuestro país implementará la estrategia en aquellas zonas donde la presencia de tracoma se establezca como un problema de salud pública, lo cual corresponde a aquellas poblaciones en riesgo de padecer ceguera como secuela de infecciones recurrentes y severas de la enfermedad (poblaciones con prevalencia de TT igual o mayor a  $1 \times 1.000$  hab y/o TF o TF más TI  $\geq a 10\%$ ). En las zonas donde se presenta tracoma pero no como un problema de salud pública se implementará solo el componente "Face" y la estrategia WASH, y se garantizará cirugía a todos los casos con TT identificados; en ambos casos, el componente de: suministro de agua, el saneamiento ambiental y la promoción de la higiene, utilizará como plataforma de implementación la estrategia de Entornos Saludables.

Dado que, las comunidades que padecen tracoma en Colombia son en su mayoría etnias indígenas que proceden de áreas rurales dispersas netamente selváticas, con explicaciones propias del fenómeno salud – enfermedad a través de

su cosmovisión única y ejercen estricto control cultural sobre la mayoría de las intervenciones "occidentales", expresándose en la no apropiación de los elementos y conceptos "ajenos"; el componente de "Mejoramiento Ambiental" no se considera factible de ser implementado tal como está descrito y se hará paulatinamente, con énfasis especial en las escuelas, procurándoles acceso al agua segura, sistemas adecuados de disposición de excretas, basuras y materia orgánica y promoción de la higiene, según los acuerdos establecidos en los procesos de concertación con las autoridades y líderes de locales de las comunidades.

## b. Quimioterapia preventiva antihelmíntica

Las Guías de la OMS para la implementación de programas de control de las geohelmintiasis recomiendan tratamientos comunitarios basados en la de la prevalencia de la infección. El tratamiento de este grupo de infecciones con una dosis única de albendazol o mebendazol es fácil, poco costoso y seguro. (WHO; Department of Control of Neglected Tropical Diseases, 2006) (Utzinger & Keiser, 2004).

Principales estrategias para el control de los helmintos transmitidos por contacto con el suelo abarcan además de la quimioterapia antihelmíntica preventiva y masiva: (PAHO, 2009) (BID, OPS, Desatendidas, & Sabin, 2011).

- Tratamiento medicamentoso (albendazol o mebendazol) en masa al menos el 75% de niños en edad escolar (verificando las exclusiones): Si la prevalencia de geohelmintiasis en niños en edad escolar es  $\geq 50\%$  (comunidad de alto riesgo), se deberán tratar los niños dos veces al año. Si la prevalencia de infección por geohelmintos en una zona homogénea está entre el 20 y el 50%, la

frecuencia de desparasitación masiva para las poblaciones elegibles es anual. (Hotez & al, 2004) (OMS 2006). Dado que es la población en edad escolar (5 a 14 años) la que padece la mayor carga de infección por HTS y además los eventos adversos asociados, es en este grupo de edad sobre la cual el país volcará su estrategia de desparasitación a través de una alianza estratégica con el sector de educación para realizarla en las escuelas de áreas en riesgo. Las DTS, a través de los prestadores de servicios de salud con los que contratan el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), deberán adquirir las cantidades de albendazol que sean estimadas como necesarias para cubrir la población escolar a riesgo de todos los departamentos.

- Esta población elegible puede ser ampliada por parte de las DTS con base en su propio perfil de riesgo de transmisión y capacidad de respuesta institucional a otras poblaciones vulnerables, tales como: preescolares (1 a 4 años), gestantes (en segundo y tercer trimestre de embarazo), mujeres lactando y personas mayores de 15 años con ocupaciones de riesgo (agricultores, mineros, otras). Cuando se presenten prevalencias mayores de 50% en municipios donde menos del 75% accede a instalaciones mejoradas de saneamiento básico y/o, el componente de viviendas con servicios inadecuados (NBI es  $\geq 25\%$ ) en un área biogeográfica común; desde el nivel central (MSPS) se promoverá la ampliación de la estrategia a la población en general, pero seguirá siendo responsabilidad y potestad de las DTS determinar su población meta para la implementación de la estrategia.
- Promover el acceso a agua segura, saneamiento básico, uso de calzado apropiado y educación en salud a través de la co-

laboración intersectorial. Este componente se priorizará para las comunidades en alto riesgo de transmisión de HTS mediante soluciones socio-culturalmente aceptadas (tecnologías apropiadas al medio), formuladas, implementadas, monitoreadas y evaluadas mediante alianzas estratégicas con la estrategia de Entornos Saludables y los Planes Departamentales de Aguas.

- Fomentar hábitos higiénicos satisfactorios por parte de los niños. Este componente de la estrategia de control de los HTS se realizará a través de: AIEPI: prácticas clave, líderes comunitarios capacitados, docentes sensibilizados, otros.

Los medicamentos usados para el control de las geohelmintiasis, entre ellos el albendazol, pueden ser administrados por personas con entrenamiento básico tales como: Docentes o Promotores comunitarios. (WHO, 2005).

Un estudio realizado en Kenia, estimó que por cada US\$4 invertidos en desparasitación masiva se ganó un año más de educación, mientras que otros enfoques (tales como la compra de uniformes, el pago de los estudios, el suministro de libros, o el ofrecimiento a los maestros de incentivos basados en las tasas de asistencia y deserción), implicaron un gasto entre US\$38 y US\$99 para lograr el mismo resultado. (Kremer, 2004).

### c. WASH

Por sus siglas en inglés: Agua, Saneamiento básico e Higiene. Es un componente fundamental para abordar e identificar barreras que impiden la presencia de enfermedades relacionadas con el agua, el saneamiento y la higiene. Son las acciones fundamentales y abordadas desde diferentes sectores para garantizar condiciones

adecuadas de agua, saneamiento e higiene, relacionadas con acceso, cobertura y calidad. Es esencial para lograr una intervención exitosa en materia de agua y saneamiento y su impacto en la reducción o eliminación de las vías de transmisión (enfermedades relacionadas con las condiciones inadecuadas de agua, saneamiento e higiene) la promoción de hábitos higiénicos que sean incorporados en la rutina de los individuos y las comunidades a las que estos pertenecen. Debe implementarse paralelamente en comunidades afectadas por geohelmintiasis y/o tracoma con el objeto de hacer efectiva y sostenible la interrupción de la transmisión en ambos casos.

Aquellas poblaciones donde el tracoma se encuentra presente pero no como causal de ceguera, se hará énfasis en la implementación de esta estrategia.

### d. Atención Primaria en Salud

La Ley 1438 del 2011, define la Atención Primaria en Salud (APS) como “la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

La misma ley menciona además que la APS estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes, que son: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

## e. Estrategia de entornos saludables

Plantea como el conjunto de procesos dinámicos que permiten la adecuación de todas las condiciones que rodean al ser humano en el contexto del desarrollo integral de los pobladores de forma tal que garanticen su calidad de vida a través de cambios de conducta y de hábitos para generar el deseo en cada ciudadano de formar a su familia con comportamientos que garanticen a futuras generaciones ciudadanos integrales saludables.

El abordaje de los determinantes sociales de salud (DSS) está fuera de la gobernanza del sector y por tanto el plan propone que se realice abogacía frente a los actores clave para su transformación positiva. Se hace énfasis en soluciones de saneamiento básico y agua segura para el consumo humano socioculturalmente adaptadas pero principalmente en el cambio conductual a través de la educación de los líderes comunitarios, los niños y las madres de las comunidades más afectadas. Esta estrategia es la principal plataforma para desarrollar el componente “E” de la Estrategia SAFE para tracoma y para la Estrategia WASH, que también es útil para la prevención y el control de las geohelmintiasis.

## f. Adecuación sociocultural de las estrategias

Consiste en un proceso participativo y sistemático de armonización entre la oferta institucional actual de servicios individuales y colectivos

de salud y estándares mínimos de adecuación cultural y técnica que pueden ser ajustados según las expectativas de los usuarios, Líderes, Lideresas y Autoridades Tradicionales de los grupos étnicos. De igual forma, está orientado a promover cambios en los servicios, en el personal de salud y en los estilos de vida de las personas, las familias y la comunidad. Las expectativas de los usuarios deben considerar aspectos relacionados con la cultura, el idioma, la tradición y los conocimientos ancestrales reconociendo las diferencias interétnicas y entre pueblos, las diferencias de cosmovisión, usos, costumbres, formas de vida, dinámicas sociales, organización política, formas de hacer prevención, diagnosticar y curar enfermedades desde la medicina tradicional.

Las adecuaciones técnicas se refieren a ajustes en los procesos, procedimientos, guías, protocolos, instrumentos, herramientas y estrategias institucionales, de manera que desde la institucionalidad, se permita dar respuesta a las necesidades de salud de forma respetuosa con la cultura y los sistemas médicos tradicionales y coherente con contextos geográficos, demográficos, sociales en que habitan los grupos étnicos, teniendo en cuenta la diversidad entre etnias y pueblos<sup>21</sup>.

## g. “Estrategia de cero a siempre”

Al ser la principal política pública para la infancia de nuestro país, se constituye en una sombrilla para impulsar y desarrollar las acciones para la prevención y el control de las EID en las mismas poblaciones infantiles priorizadas.

<sup>21</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, J. Trujillo. La Adecuación Sociocultural y Técnica de los Programas de Salud Pública Ofertados a los Grupos Étnicos. 2012.

# V

## Escenarios posibles de articulación de las acciones de control y eliminación de las EID prioritizadas con las plataformas y programas existentes

### a. Escenarios de acción para la lucha por la prevención, el control y la eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas

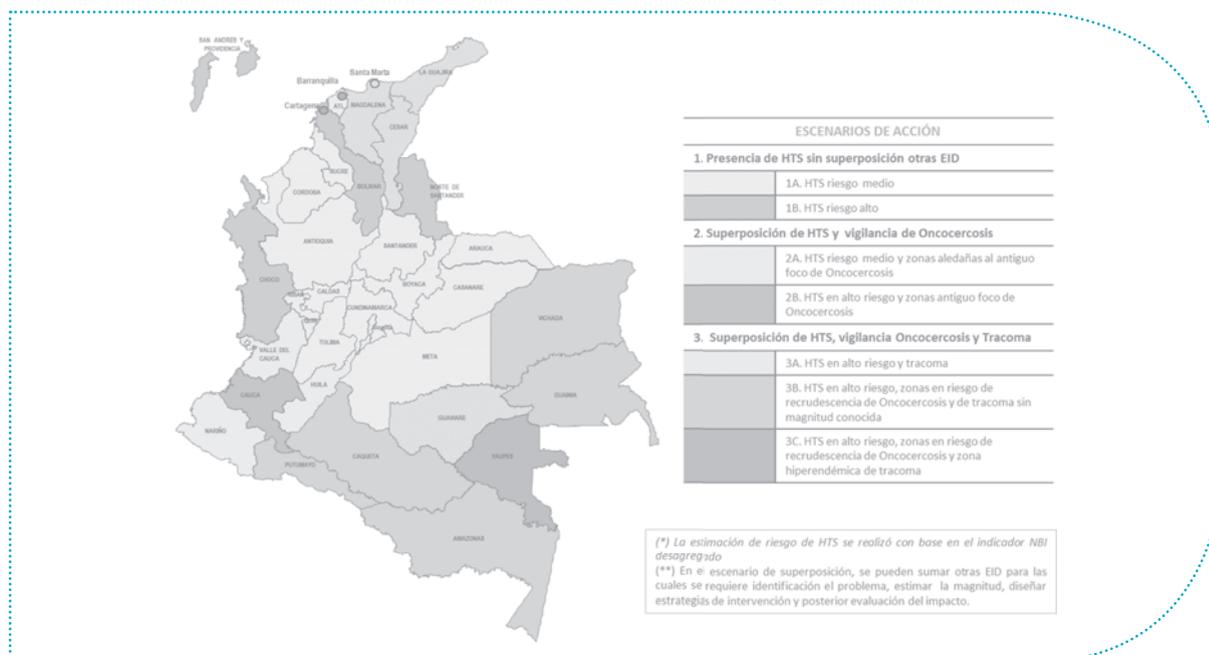
De acuerdo con lo anteriormente expuesto, el abordaje de las EID presentes en el país se realizará mediante la integración de acciones con programas existentes que forman parte del Plan de Intervenciones Colectivas a nivel territorial y más aún, cuando se presente superposición de patologías, con el fin de optimizar recursos y potenciar esfuerzos, es posible

usar las mismas plataformas para la implementación de las acciones de prevención, control y eliminación a que haya lugar.

Con el objetivo de priorizar las acciones de abordaje de las EID prioritizadas para el país y de focalizar la cobertura y el contenido de la asistencia técnica dirigida a las Entidades Territoriales de Salud (ETS) se plantean tres escenarios de acción de acuerdo al evento o los eventos (cuando se presenta superposición) que se exhiben en cada una.

A continuación se presentan los escenarios:

**Mapa 8. Escenarios de acción para el desarrollo de estrategias de acompañamiento técnico en EID**



Fuente: elaboración propia.

Con base en los escenarios planteados se desarrollarán las actividades de abordaje de las EID presentes en cada departamento en el marco de planes formulados con el acompañamiento del Ministerio teniendo en cuenta que el mismo ejercicio de escenarios debe hacerse para cada municipio.

## b. Articulación de acciones a nivel sectorial

El Ministerio de Salud y Protección Social a partir de su re-estructuración en el año 2011<sup>22</sup> cuenta con la Subdirección de Enfermedades Transmisibles en la cual se crearon varias dependencias, agrupadas por Estrategias de Gestión Integradas (EGI), una de ellas dedicada al abordaje programático de las EID priorizadas. La carta de navegación del sector salud, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, corresponde al primer esfuerzo normativo nacional que incluyó estrategias de abordaje integral para las EID en el país. De forma armonizada con el marco normativo vigente, el nivel central emite el presente documento que comprende las acciones encaminadas a

<sup>22</sup> Decreto 4107 de 2 de noviembre de 2011.

lograr las metas propuestas para la prevención, el control y la eliminación de las geohelmintiasis y la ceguera por tracoma en las poblaciones a riesgo priorizadas, la puesta en marcha y fortalecimiento de la vigilancia post endémica de la oncocercosis, y acompañará a los responsables de los territorios departamentales y distritales en su adopción y adaptación de acuerdo a los perfiles de riesgo locales y capacidad de respuesta.

La operatividad de las acciones formuladas se debe realizar con los programas contenidos en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Corresponde a la DTS determinar de acuerdo a su esquema propio de funcionamiento, a qué programa o programas se articularán las acciones de abordaje de las EID. Esta elección debe tener en cuenta que el programa elegido debe responder a las necesidades de cobertura<sup>23</sup> por grupo de edad para cada evento priorizado<sup>24</sup>. Se presentan los programas PIC y otros en los cuales es viable la articulación de estrategias para el abordaje interprogramático de las EID priorizadas.

<sup>23</sup> Numeral 5 del presente documento: Objetivos y metas del plan integral.

<sup>24</sup> No se tiene en cuenta en el listado de programas aquellos de cobertura individual para población infantil como el Programa de Crecimiento y Desarrollo por cuanto el cubrimiento de la población no lo hace en el mismo periodo de tiempo lo cual es necesario para evitar la reinfección de los menores.

**Tabla 11.** Estrategias y programas en los cuales se propone la articulación de las acciones de abordaje interprogramático

Grupo Etario	Población Objeto		Actores
	Urbano	Rural	
1-2 años	Prevención y reducción de la anemia nutricional	APS: estrategia casa a casa a través de los EBS o quien haga sus veces	Presidencia de la República, MSPS
1-4 años	PIC: PAI y AIEPI comunitario * Jardines comunitarios ICBF		Direcciones Territoriales de Salud
5-14 años	Escuelas		Secretarías de Educación, escuelas y colegios
15 y más	Campaña		MSPS, DTS
Gestantes	Control prenatal **		EPS, IPS y ESE
Riesgo laboral	Ámbito laboral		DTS/ARL

\* No se tiene en cuenta programas de atención individual dado que las coberturas son subóptimas y la administración de medicamentos no es dirigida a la población blanco en el mismo periodo de tiempo. \*\* La cobertura general del CPN es superior al 80% en el territorio nacional con diferencias en poblaciones rurales dispersas para las cuales deben impulsarse otras estrategias.

Como se dijo anteriormente, la meta de control de geohelmintiasis a nivel nacional está focalizada en los menores en edad escolar (5 a 14 años), por tanto es necesario dar cobertura en escuelas y colegios. Las Direcciones Departamentales de Salud, con base en el perfil de riesgo local y su capacidad de respuesta pueden ampliar el grupo poblacional al que dirigen sus acciones de control y desparasitación. Sin embargo lo anterior, con el fin de lograr un mayor impacto de la estrategia evitando la pronta reinfección de este grupo de edad cuando la magnitud del problema (prevalencia de infección por geohelminths) sea del 50% o más en escolares y sumado a esto, los municipios que presentan esta situación tengan baja cobertura de acceso a servicios mejorados de saneamiento (Medido a través del indicador de NBI desagregado en el componente de vivienda con servicios básicos inadecuados) desde este Ministerio se promoverá la ampliación a la población general. Cuando se dé este caso, la estrategia de abordaje será por medio de intervención integral a las comunidades afectadas por medio de líderes comunitarios capacitados y agentes de salud que implementen y monitoreen el componente de administración de medicamentos y la promoción de la estrategia WASH en sus componentes de saneamiento básico, agua segura e higiene.

Como se expuso anteriormente, el país tiene a la fecha la confirmación de la presencia de tracoma en el departamento de Vaupés pero con alta sospecha de otros departamentos de la región Amazónica y otras del país. En la Amazonía, las características más destacables son: poblaciones rurales dispersas, netamente selváticas que carecen en su mayoría de acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento y agua segura para consumo humano. Actualmente se desconoce la magnitud del tracoma para toda la región Amazónica y otras regiones

del país, así como de las geohelmintiasis, pero se espera que ambos eventos se superpongan en aquellos departamentos en los que se identifique que el tracoma constituye un problema de salud pública, y por lo tanto ofrecerían un reto importante para que su abordaje resulte en el logro de las metas planteadas. Es así como en Vaupés, el programa departamental de abordaje de EID, ha realizado las intervenciones paralelas para el control de las HTS y la eliminación de Tracoma con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social y de la OPS con enfoque vertical de las acciones; esto ha permitido lograr coberturas óptimas pero con muy elevados costos que amenazan en el mediano y largo plazo la sostenibilidad de esta estrategia. Por lo tanto, si bien el modelo ha resultado exitoso en el corto plazo, es necesario hacer la implementación de forma horizontal y sostenible para que sea replicada en otras DTS donde se presente tracoma.

La dificultad de articular, por lo menos la administración masiva de medicamentos para tracoma, a otras plataformas existentes radica en que ninguna tiene cobertura de todos los grupos de edad y por lo tanto se requiere la articulación de la estrategia de APS y los equipos básicos de salud de forma sinérgica con las acciones de control de geohelmintiasis dado que la administración conjunta de azitromicina y albendazol es segura y ambas estrategias se benefician de la implementación de acciones en el componente de saneamiento ambiental, agua segura e higiene (WASH).

### C. Articulación de acciones a nivel intersectorial

Es imperativa la necesidad de realizar gestión y abogacía con otros sectores y actores clave para movilizar recursos humanos, técnicos,

financieros e identificar oportunidades de integración de las acciones y estrategias de prevención, control y eliminación de las EID a otras plataformas de entrega de servicios y programas sociales. Esta gestión debe realizarse en el marco de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, El Consejo Departamental de Política Social y los diversos Comités o espacios intersectoriales existentes o por conformar.

Sector educación: al igual que otros programas de salud, busca la integración de las acciones de promoción y prevención de las geohelminiasis en el marco de la estrategia “Escuelas Saludables” y al Plan Educativo Institucional (PEI); los docentes son aliados estratégicos en la administración masiva de medicamentos en población escolar y en la sostenibilidad de la misma. Está demostrado que la desparasitación contribuye a la disminución del ausentismo escolar y mejora el rendimiento académico de los estudiantes, por consiguiente existe beneficio para ambos sectores (salud y educación).

- **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF):** tiene plataformas de entrega de servicios y programas sociales en comunidades vulnerables de zonas dispersas que benefician entre otros, a la población infantil y a gestantes; a éstos puede integrarse la desparasitación, por ejemplo: Programas y centros de recuperación nutricional, Programa Día, Hogares Comunitarios de Bienestar tradicionales y múltiples, Programa familiar para grupos étnicos adaptados a zonas rurales dispersas, Centros de Desarrollo Infantil Temprano y Unidades Móviles para atención de población desplazada. Se requiere identificar la existencia de estos programas en lo local y desarrollar trabajo coordinado con los directivos y operativos del ICBF, para que las poblaciones se beneficien de la desparasitación y del soporte nutricional.
- **Departamento Administrativo de la Prosperidad Social:** de igual forma tiene programas de protección social para la misma población objeto de la estrategia de desparasitación, y para otras más. Los programas de esta entidad son: “Más familias en acción” que ofrece apoyo económico directo a las familias, promueve la educación, al garantizar la asistencia escolar de los menores y la salud mediante la asistencia de los niños y niñas menores a las citas de control de crecimiento y desarrollo programadas y “Jóvenes en Acción” con estímulos educativos para poblaciones menos favorecidas. De igual forma, la integración puede buscarse a través de la estrategia Red Unidos para la superación de la pobreza extrema.
- **Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio y las Alcaldías,** con las cuales se deben coordinar acciones relacionadas con el acceso a agua potable, agua segura y alcantarillado de las poblaciones en riesgo de transmisión de las HTS. Los programas con los que cuentan estas instituciones para realizar gestión son: Aguas para la prosperidad, Todos por el Pacífico, Programa de abastecimiento de agua y manejo de aguas residuales para zonas rurales, Plan Conexiones Intradomiciliarias, “Saneamiento de Vertimientos – SAVER”, algunos de ellos integrados a la estrategia de Entornos, Escuela y Viviendas Saludables. La articulación con este sector puede realizarse en el espacio de los Comités Territoriales de Salud Ambiental COTSA y en los CONASA en el nivel nacional.
- **Academia, sociedades científicas-grupos de investigación:** aliados para la formulación, implementación y evaluación de estrategias para el logro de los objetivos y metas del programa, actualización de esquemas y algoritmos de tratamiento, investigaciones operativas, entre otros.

- **Organizaciones No Gubernamentales (ONG):** prestan servicios y entregan programas que benefician a comunidades vulnerables, con las cuales se pueden coordinar acciones para lograr y sostener coberturas del programa, especialmente en zonas dispersas y de conflicto armado, y lograr introducir otros beneficios, tales como la disponibilidad del calzado y la promoción para su uso, entre otras.
- **Organizaciones basadas en la fe:** son aliados estratégicos por operar programas sociales del estado o financiados por otras fuentes en comunidades vulnerables y dispersas ej.: Pastoral Social.

### Oportunidades para integrar acciones de desparasitación y de control integral de las HTS a otros programas sociales

Institución	Programa	Espacios Intersectoriales
Presidencia de la República	De cero a Siempre	Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS)
Sector Educación	PEI, Escuelas Saludables	CONASA
ICBF	Programa Día, Centros de Recuperación Nutricional	COTSA
	Hogares Comunitarios de Bienestar	PAIES
	Programa familiar grupos étnicos dispersos	Otros conformados con acto administrativo o sin él
	Centros de desarrollo infantil temprano	
	Unidades móviles para atención a desplazados	
DAPS	Más Familias en Acción	
	Jóvenes en Acción	
	Red Unidos	
Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio	Abastecimiento de agua y manejo de aguas residuales para zonas rurales	
	Aguas para la prosperidad	
	Todos por el Pacífico	
	Saneamiento de Vertimientos SABER	
ONG y OBF	Diferentes programas sociales	

**Tabla 12.** Actores clave en el abordaje integral de las EID priorizadas en Colombia

Sector	Institución	Involucrados
Sector Gobierno	Ministerio de Salud y Protección Social Cra. 13 No. 32-76 3305000	Grupo de Salud Ambiental
		Dirección General de Calidad
		DGSP - PAI
		DGPS
		Centro Nacional de Enlace
	Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural Av. Jiménez No. 7-65	Alfredo Sarmiento Dirección de Desarrollo Rural
	Ministerio de Educación Nacional Cll. 43 No. 57-14	Promoción de EVS
	Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible	Dirección de asuntos ambientales
	Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio Cll. 37 No. 8-40 3323434	Julio Miguel Silva Salamanca
		Iván Fernando Mustafá Durán
	Ministerio del Interior	
	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia	Salud Pública
	DASSALUD Chocó en intervención Cll. 31 No. 4-44	Salud Pública
	DASSALUD Sucre Cra. 14 No. 15a-127	Dirección General
Secretaría Departamental de Salud de Vaupés Cra. 13a No. 15a-127	Salud Pública	
Instituto Nacional de Salud Av. Calle 26 No. 51-20	Red de Laboratorios (Dra. Gloria Rey Benito)	
	Subdirección de Investigación (Dr. Luis Alberto Gómez G.)	
Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) Cll. 57 No. 8-69	Formación para el trabajo	
Departamento Administrativo para la Prosperidad Social	Acción Social	
	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)	
Cooperación	Organización Panamericana de la Salud (OPS)	Salud Visual
		EID
		Gestora Frontera Brasil

**Fuente:** Acta de cierre, primera reunión de Actores Clave para el abordaje integral de las EID. Colombia, 2011.

Los actores identificados como expertos en lo relacionado con la prevención, el control o la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas priorizadas conformaron un comité desde el año 2011 que tiene por objeto el

análisis de la situación epidemiológica de estas patologías, sus determinantes y comportamiento en las diferentes regiones del país para servir como un organismo asesor del Ministerio de Salud y Protección Social en esta materia.

# VI

## Plan de acción integrado

57:

### a. Alcance

**E**l horizonte temporal propuesto para la implementación del presente plan, es el periodo comprendido entre los años 2013 y 2017. Lo anterior, dado que a la fecha el país está en proceso de determinar la magnitud de los dos eventos priorizados y por lo tanto se propone una primera fase de planeación que corresponde a la inclusión de las estrategias de control en la agenda de salud pública de la nación y de las entidades territoriales, en la que se esperan productos puntuales como la delimitación del foco de tracoma y el levantamiento de línea de base nacional y líneas de base regionales para geohelmintiasis, acompañado de intervenciones de control paralelas; y una segunda fase también de cinco años que abarcará los años 2017 – 2021 para el logro de las metas de impacto que están contenidas en los documentos internacionales de los cuales el país es signatario. La vigilancia posendémica de la oncocercosis se mantendrá activa hasta tanto los demás países de la región eliminen sus focos.

Dado que la experiencia del país en el ámbito de la prevención, el control y la eliminación de EID se limita a la oncocercosis y a la eliminación de la transmisión intradomiciliaria de Chagas

por *Rodnius prolixus* en diez municipios, teniendo en cuenta que los recursos de nuestro sistema de salud son finitos, que solo un número limitado de departamentos ha hecho explícita su voluntad de actuar en esta área y dadas las implicaciones para la salud pública que tienen las áreas fronterizas; se priorizó la Región Orinoco-Amazonas para la implementación de acciones en pro de la eliminación del tracoma (sin perjuicio de la identificación de nuevos focos al interior del país). Por otro lado, el desarrollo de estrategias para el control de las geohelmintiasis se llevará a cabo en la totalidad de departamentos, ejecutando de forma escalonada las acciones, y se priorizarán las entidades territoriales de acuerdo con mayor carga de la enfermedad y con voluntad política manifiesta para implementar actividades de forma conjunta con el nivel nacional.

No se desconoce que a nivel territorial hay importantes variaciones en el desarrollo socioeconómico que afecta los perfiles epidemiológicos y especialmente de las enfermedades infecciosas desatendidas. Por esta razón, en el proceso de formulación de planes locales para el control y la eliminación de las EID, se promoverá la realización de un ejercicio de priorización propio, para que acorde a los recursos locales se planeen y ejecuten acciones que den respuesta a las necesidades identificadas a nivel territorial.

## b. Objetivos y metas<sup>25</sup>

- Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población de focos activos identificados mediante la implementación de estrategias conducentes a la reducción de la morbilidad por tracoma.

**Meta:** Cero casos nuevos de ceguera por tracoma en el país para el año 2020. a) Reducir en al menos el 50% el número de pacientes con TT de los departamentos endémicos de tracoma después de 5 años de intervención continua. b) Reducir la prevalencia de TF y TF+TI a menos de 10% en niños de 1 a 9 años de edad después de 6 años de intervención continua.

**Línea de base:** Región oriental del departamento de Vaupés: a) Prevalencia de TT en mayores de 15 años 2.9 x 1.000 habs. b) Prevalencia de tracoma activo en niños y niñas de 1 a 9 años de edad 26%. Está por completarse durante el primer semestre del año 2013 la línea de base para el resto del departamento y durante el segundo semestre y en el transcurso del año 2014 la delimitación del foco en los otros departamentos de la región Amazónica y la estimación de su magnitud.

- Contribuir a mejorar la calidad de vida de los colombianos más vulnerables, especialmente los menores en edad escolar,

mediante la reducción de la prevalencia e intensidad de infección por geohelminfos.

**Meta:** Controlar las geohelmintiasis para que dejen de ser un problema de salud pública en todos los departamentos del país en riesgo de transmisión para HTS (prevalencia superior al 20% en población en edad escolar) al cabo de 6 años de intervención sostenida.

**Línea de base:** Está en proceso de realización la Encuesta Nacional de Parasitismo Intestinal en población escolar 2012 – 2014 que brindará los datos de prevalencia por cualquier geohelminto, la intensidad de infección y la prevalencia de anemia para este grupo poblacional por regiones y provincias biogeográficas del país.

- Prevenir la recrudescencia del antiguo foco de oncocercosis en el municipio López de Micay en el departamento del Cauca o la activación de nuevos focos en regiones fronterizas en riesgo.

**Meta:** Sostener la interrupción de la transmisión de oncocercosis en el antiguo foco y prevenir la activación de nuevos focos en regiones fronterizas en riesgo.

**Línea de base:** cero casos de cualquier forma clínica de oncocercosis en el territorio nacional.

<sup>25</sup> Las metas del presente plan están redactadas para ser logradas al cabo de cinco años de intervención continua. Lo anterior reconoce que los departamentos del país donde será implementado el plan se encuentran en diferentes niveles de avance a la fecha y además que durante el inicio de ejecución se sumarán más territorios en diferentes momentos y por lo tanto sus logros en materia de control y eliminación de las EID no se puede medir en el mismo horizonte temporal.



Hitos Plan Nacional EID 2013		Años de Aplicación					Escenario de Implementación						
		2013	2014	2015	2016	2017	1A	1B	2A	2B	3A	3B	3C
Tracoma	Censo de Prevalencia de tracoma en el departamento de Vaupés.												X
	Jornada Quirúrgica de TT y Capacitación a oftalmólogos colombianos en la técnica Rotación Tarsal Bilamelar.												X
	Reunión de expertos en tracoma (confirmación clínica, etiológica, delimitación de foco y estructuración del plan de eliminación de Vaupés).												X
	Rondas de estrategia SAFE en el departamento de Vaupés.												X
	Protocolo de Vigilancia de la triquiasis tracomatosa.						X	X	X	X	X	X	X
	Lineamientos para el diagnóstico clínico y manejo programático del tracoma.						X	X	X	X	X	X	X
	Taller de diagnóstico clínico de tracoma en Guaviare.										X		
	Capacitación Protocolo de Vigilancia de la triquiasis tracomatosa*.										X	X	X
	Búsqueda activa y pasiva de casos de TT en poblaciones marginales*.										X	X	X
	Delimitación y Caracterización del foco/focos de tracoma del país*.										X	X	X
	Monitoreo rápido de prevalencia de formas activas de tracoma en Vaupés.												X
	Implementación de las estrategias SAFE y WASH en departamentos recientemente caracterizados como endémicos*.										X	X	X
Estrategia IEC para la prevención del tracoma dirigida a la comunidad*.										X	X	X	

Hitos Plan Nacional EID 2013		Años de Aplicación					Escenario de Implementación						
		2013	2014	2015	2016	2017	1A	1B	2A	2B	3A	3B	3C
Oncocercosis	Formulación del Protocolo de Vigilancia posendémica para prevención de la recrudescencia de la oncocercosis.								X	X	X	X	X
	Estrategia informativa para Oftalmólogos.								X	X	X	X	X
	Estrategia informativa para Dermatólogos.								X	X	X	X	X
	Capacitación a DTS en protocolo de vigilancia posendémica.						X	X	X	X	X	X	X
	Reactivación de la Vigilancia epidemiológica comunitaria en la comunidad de Naicióná Oncocercosis.									X			
Transversales	Taller Regional Amazónico para la formulación de Planes locales de EID.											X	X
	Plan de monitoreo y evaluación del Plan Nacional de EID.						X	X	X	X	X	X	X
	Talleres formulación de planes de EID en otras regionales.						X	X	X	X	X	X	X
	Reunión anual del Programa Nacional de EID por regionales.						X	X	X	X	X	X	X
	Capacitación a EPS en Lineamientos de tracoma y geohelmintiasis.						X	X	X	X	X	X	X
	Publicación y difusión del Boletín Anual del Programa Nacional de EID.						X	X	X	X	X	X	X

\* Lo anterior sin perjuicio que se identifique presencia de tracoma como un problema de salud pública en otras regiones del país.

## C. Componente relacionado con el control de las geohelmintiasis

**Tabla 14.** Objetivos específicos del componente de control de las geohelmintiasis (\*)

Objetivos Específicos	Indicadores de Resultado	Medios de Verificación
<p>1. Contribuir a mejorar las condiciones de vida de los escolares de zonas con riesgo de transmisión de geohelmintiasis mediante la implementación de quimioterapia preventiva masiva anti-helmíntica.</p>	<p>Cobertura (mayor o igual a 75% por cada ronda) de administración de antiparasitarios en población en edad escolar de municipios con riesgo de transmisión por HTS.</p> <p>Cobertura geográfica de las rondas de AMM por departamento (<b>Meta:</b> abarcar al menos el 80% de los municipios en riesgo medio y alto de transmisión en cada ronda).</p> <p>Número de DTS que cuentan con Planes formulados, implementados y evaluados para el control de los HTS (<b>Meta:</b> Cada una de las 36 DTS implementando los Planes de control de HTS durante los cinco años de vigencia del presente plan – <b>Línea de base:</b> Ninguna DTS, 1° sem. 2013).</p>	<p>Formatos para el registro de entrega de antiparasitarios a población elegible e informes de coberturas alcanzadas por grupo de edad y entidad territorial.</p> <p>Censos actualizados de población.</p> <p>Planes territoriales para el control de las HTS.</p>
<p>2. Contribuir a mejorar las condiciones de vida de los menores de edad que presenten complicaciones asociadas a elevada intensidad de infección por geohelminthos mediante el abordaje integral del caso individual.</p>	<p>Incidencia de complicaciones severas asociadas a infección por geohelminthos (<b>Meta:</b> se reducirá a menos de 1/1.000 hab. en el año 2020. <b>Línea de base:</b> En desarrollo).</p> <p>Proporción global de infecciones severas para todos los HTS. (<b>Meta:</b> Reducción del porcentaje de niños en edad escolar con infecciones severas para todos los HTS a menos del 1% tras 3 años de la intervención. <b>Línea de base:</b> En desarrollo)</p> <p>Proporción de menores con anemia asociada a geohelmintiasis (<b>Meta:</b> &lt; 1% de los niños tienen anemia Hb &lt; 11,5 gr/dl 5 años de intervención con AMM. <b>Línea de base:</b> En desarrollo).</p>	<p>Sistema de vigilancia en salud pública.</p> <p>Protocolo de vigilancia por construir.</p> <p>Resultados de monitoreo en escuelas centinela</p>

Objetivos Específicos	Indicadores de Resultado	Medios de Verificación
<p>3. Mejorar las condiciones de vida de los habitantes, mediante la implementación de tecnologías adaptadas culturalmente para mejorar el acceso a agua segura, saneamiento básico e higiene (estrategia WASH) en poblaciones con alto riesgo de transmisión de geohelmintiasis.</p>	<p>Número de proyectos de acceso a agua segura en implementación en las regiones priorizadas (Meta: al menos 13 acueductos en municipios priorizados de Chocó, construidos y apropiados por la comunidad a 2016).</p> <p>Número de proyectos de saneamiento básico en implementación en las regiones priorizadas (Meta: al menos un sistema de alcantarillado en un municipio de Chocó 2016).</p> <p>Número de departamentos implementando estrategias de promoción de hábitos higiénicos (lavado de manos y de cara). (Meta: al menos el 25% de los departamentos identificados como de alto riesgo para transmisión de HTS intervenido con la promoción de hábitos higiénicos. Línea de base: determinar con cada Dirección Territorial de Salud.</p>	<p>Plan de acción “Todos por el pacífico: Chocó”.</p>

(\*) Otros indicadores parasitológicos, de rendimiento y de gestión, serán incluidos en los lineamientos de desparasitación antihelmíntica, que desarrollará el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Tabla 15.** Resultados por cada Objetivo Específico del componente de geohelmintiasis

Objetivos Específicos	Resultados por cada O.E.	Indicadores de Proceso	Medios de Verificación
1. Mejorar las condiciones de vida de los habitantes de zonas con alto riesgo de transmisión de geohelmintiasis mediante la implementación de quimioterapia preventiva masiva antihelmíntica.	1.1 Rondas de AMM implementadas de forma integrada y con activa participación de la población objeto.	Proporción de rondas por municipio que se implementaron con apoyo de docentes y/o agentes comunitarios. Meta: 100% para cada ronda	Registros del Programa Nacional para la prevención y el control de las Geohelmintiasis.
	1.2 Las coberturas de AMM son monitoreadas de forma regular	Proporción de departamentos y municipios que reportan información relacionada con cobertura de las rondas de AMM completa, de forma oportuna y con calidad. Meta: 100% de las DTS. Línea de base: 0 Proporción de LSP capacitados en la implementación de estudios de prevalencia e intensidad de infección por HTS en escuelas centinela.	Registros del Programa Nacional para el control de las Geohelmintiasis.
	1.3 Estrategia de QPA que se implementa desde el Plan de Intervenciones Colectivas –PIC– de cada municipio en riesgo para transmisión de HTS acorde a los lineamientos nacionales (cada departamento decidirá la plataforma de salud pública que implementa la estrategia)	Número de DTS que realizan acciones de AMM según los lineamientos nacionales de desparasitación de forma articulada a una o varias de las plataformas PIC (Meta: las 36 DTS realizan AMM a través del PIC según lineamientos operativos).	Registros del Programa Nacional para el control de las Geohelmintiasis.

Objetivos Específicos	Resultados por cada O.E.	Indicadores de Proceso	Medios de Verificación
<p>2. Mejorar las condiciones de vida de los menores de edad que presenten complicaciones asociadas a la elevada intensidad de infección por geohelminfos mediante el abordaje integral del caso individual.</p>	<p>2.1 Personal de salud que identifica, trata y reporta de forma integral e integrada al menor con complicaciones asociadas a elevada intensidad de infección por HTS.</p>	<p>Unidades de análisis de casos de morbilidad severa o mortalidad asociada a infección por GH que presenten abordaje integral e integrado del caso individual (Meta: Realización de unidad de análisis al 100% de los casos de morbilidad grave o mortalidad asociada a HTS que ingresen al sistema de salud).</p> <p>Número de DTS que son capacitadas en atención integral del menor con complicaciones asociadas a elevada intensidad de infección por HTS.</p>	<p>Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional.</p>

Objetivos Específicos	Resultados por cada O.E.	Indicadores de Proceso	Medios de Verificación
<p><b>3.</b> Mejorar las condiciones de vida de los habitantes, mediante la implementación de tecnologías adaptadas culturalmente para mejorar el acceso a agua segura, higiene y disposición de excretas en poblaciones con alto riesgo de transmisión de geohelmintiasis.</p>	<p><b>3.1</b> Comunidades en alto riesgo para transmisión de HTS que acceden y utilizan a instalaciones mejoradas de saneamiento ambiental</p>	<p>Número de comunidades en alto riesgo de transmisión de HTS que acceden y usan instalaciones mejoradas de saneamiento ambiental (Meta: Al menos un municipio de Chocó con alcantarillado - 2017) Plan de acción formulado, implementado y evaluado en el marco del proyecto liderado por el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio "Todos por el Chocó".</p>	<p>Registros de las Secretarías Municipales de Salud o de Desarrollo.</p>
	<p><b>3.2</b> Comunidades en alto riesgo para transmisión de HTS que acceden y utilizan soluciones de agua segura para consumo humano.</p>	<p>Número de comunidades en alto riesgo de transmisión de HTS que acceden y usan soluciones de agua segura para consumo humano (Meta: al menos 13 municipios de Chocó - 2017) Plan de acción formulado, implementado y evaluado en el marco del proyecto liderado por el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio "Todos por el Chocó".</p>	<p>Registros de las Secretarías Municipales de Salud o de Desarrollo.</p>
	<p><b>3.3</b> Comunidades en alto riesgo para transmisión de HTS de áreas rurales dispersas que se beneficiarán de la implementación de acciones en el marco de la estrategia "Entornos Saludables y/o WASH".</p>	<p>Proporción de municipios de departamentos en alto riesgo para transmisión por HTS con instalaciones mejorando en saneamiento y agua segura para consumo humano. Meta: Incrementar en al menos el 20% de escuelas por cada departamento en alto riesgo a 2017.</p>	<p>Registros de las Secretarías Municipales de Salud o de Desarrollo. Registros del Programa Nacional para el control de las Geohelmintiasis. Planes departamentales de agua.</p>

## Plan de acción para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas priorizadas

### Componente para la prevención y el control de las Geohelmintiasis

Actividades integradas dentro y fuera del sector salud por cada resultado esperado	Producto por cada actividad	Responsables y roles	Temporalidad	Costo estimado	Disponibilidad de Financiación por rubro	
<b>Objetivo específico 1:</b> Mejorar las condiciones de vida de los habitantes de zonas con alto riesgo de transmisión de geohelmintiasis mediante la implementación de quimioterapia preventiva masiva antihelmíntica.						
<b>Resultado esperado 1.1:</b> Rondas de AMM implementadas de forma integrada y con activa participación de la población objeto					SÍ	NO
A 1.1.1 Identificar la población elegible mediante la implementación de líneas de base de HTS en población escolar y otros grupos vulnerables.	Encuesta nacional de prevalencia e intensidad de infección de GH difundida y socializada.	MSPS: Líder técnico y financiador, UdeA: operador y asesor técnico, INS: control de calidad y asesor técnico, OPS: asesor técnico	2013 - 2014	\$4.000.000.000	X	
A 1.1.2 Diseñar, implementar y evaluar una estrategia de IEC nacional que favorezca la aceptación comunitaria de las acciones de QPA y la intervención integral de las comunidades y la participación de los docentes en la estrategia. Se recomienda que las estrategias IEC se hagan con base en líneas de base de conocimientos, actitudes y prácticas (estudios CAP) y se promueva el uso de otras herramientas de investigación formativa y se evalúe el cambio conductual logrado.	Estrategia IEC validada. Comunidades empoderadas con conocimientos y herramientas de autogestión de la salud personal y comunitaria.	MSPS: Líder técnico. OPS y otras ONG: Cooperación técnica y financiera. Comunidades: Participación activa en la formulación y validación.	1° y 2° sem. 2014	\$220.000.000		X
A 1.1.3 Diseñar y difundir lineamientos y manuales para la implementación de quimioterapia preventiva antihelmíntica.	Lineamientos de desparasitación nacionales.	MSPS: Líder técnico y financiador, OPS: asesor técnico y operador INS: asesor técnico, Sociedades científicas: asesores técnicos.	1° sem. 2013	\$20.000.000	X	
A 1.1.3 Estimación, adquisición y distribución de medicamentos e insumos necesarios para la implementación de la estrategia de quimioterapia preventiva antihelmíntica.	Número de dosis de ALB adquiridas según las estimadas desde las DTS por población a riesgo de transmisión de HTS.	DTS: Estimación de la necesidad local. Compra de los medicamentos (Cargo SGP a través de las IPS que ejecutan el PIC). Distribución a través de plataforma PIC	Anualmente o semestralmente según nivel de riesgo, comenzando en el 2o sem. de 2014	\$200.000.000 por cada año de intervención	X	

Actividades integradas dentro y fuera del sector salud por cada resultado esperado	Producto por cada actividad	Responsables y roles	Temporalidad	Costo estimado	Disponibilidad de Financiación por rubro	
A 1.1.4 Diseño y difusión de un manual y formatos para estandarizar el reporte de las actividades de AMM y el flujo de la información: Solicitud de medicamentos al MSPS, Reporte de actividades de desparasitación, reporte de RAM, entre otros.	Manual para el reporte e información de actividades relacionadas con identificación de población, desparasitación, RAM. otros.	MSPS: Líder técnico y financiador; OPS: asesor técnico y operador INS: asesor técnico, Sociedades científicas: asesores técnicos.	1° sem. 2013	\$7.500.000	X	
A 1.1.5 Realizar actividades de asistencia técnica y cooperación a las entidades territoriales identificadas con riesgo de transmisión de HTS en el marco del PDSP, los lineamientos de desparasitación y el Plan integral e interprogramático para la prevención, el control y la eliminación de las EID.	Personal de salud de las Secretarías Departamentales, distritales y EPS capacitados en la implementación de los lineamientos de desparasitación. 36 DTS que formulan, implementan, monitorean y evalúan planes integrados para el control de las HTS.	MSPS: Asistencia técnica y cooperación DTS: Adopción y adaptación de los lineamientos nacionales y asistencia técnica a los municipios 4, 5 y 6 e IPS. EPS/IPS: Replicar los lineamientos y otros documentos. Continuar las actividades de desparasitación individual y reportar los datos correspondientes. ESE: Operativizar el PIC e incluir las actividades de AMM.	Según demanda de las DTS y población a riesgo de transmisión de HTS	\$75.000.000 por cada año del plan.	X	
A 1.1.6 Realización de las rondas de AMM de acuerdo a los lineamientos nacionales de desparasitación en los municipios identificados con riesgo para la transmisión de HTS de forma articulada al PIC y con activa participación de la comunidad.	Población en edad escolar de los municipios a riesgo de transmisión de HTS desparasitadas según lineamientos nacionales. DTS que implementan la estrategia de quimioterapia preventiva antihelmíntica integrada a programas PIC y otros sectores.	MSPS: Ente rector a nivel nacional. DTS: Gestión local de la estrategia. Secretarías locales de educación: soporte a la estrategia. Escuelas: Facilitar la implementación de la desparasitación y educación en higiene.	Semestral / anual, acorde al riesgo de transmisión de las HTS comenzando 1° sem. 2014	\$ Recursos PIC. (aprox. \$ 2.000.000.000 para el país por cada año de intervención)	X	
A 1.1.7 Reunión anual dirigida a gerentes de programas territoriales de EID – Control de las Geohelmintiasis en el abordaje integral e interprogramático del evento, por regionales.	Capacidades territoriales fortalecidas para el abordaje integral de las geohelmintiasis. POA Territorial que incluye actividades de control de las HTS.	MSPS: Asistencia técnica en el componente de capacitación. DTS: Replicación de la información.	Anual comenzando el 2° sem. 2013	\$60.000.000 por cada año.	X	

Actividades integradas dentro y fuera del sector salud por cada resultado esperado	Producto por cada actividad	Responsables y roles	Temporalidad	Costo estimado	Disponibilidad de Financiación por rubro	
<b>Resultado esperado 1.2:</b> Las coberturas de AMM son monitoreadas de forma regular.						
A 1.2.1 Construir y difundir las herramientas de monitoreo y evaluación y determinar el flujo de información, de la estrategia de QPA en el marco de los Lineamientos Nacionales de Desparasitación.	Lineamientos nacionales de desparasitación con indicadores de impacto, rendimiento y gestión.	MSPS: Líder técnico – Asistencia técnica. INS OPS: Cooperación Técnica. DTS: Adopción e implementación.	1° sem. 2013	\$ Ya se incluyó el rubro	X	
A 1.2.2 Consolidación de la información de cobertura a nivel municipal en población en edad escolar y otras; consolidado departamental/distrital y consolidado nacional.	Coberturas de desparasitación masiva en población en edad escolar y otras elegibles.	MSPS: Consolidación de los datos. DTS: Consolidación de datos locales y remisión oportuna, completa y con calidad.	Semestralmente a partir de 1° sem. 2013	\$5.000.000	X	
A 1.2.3 Análisis, retroalimentación y publicación de la información relacionada con las coberturas de desparasitación y otros aspectos de la implementación de acciones del programa de control de las geohelmintiasis.	Boletín anual de EID. Rendición de cuentas gubernamental en diferentes niveles.	MSPS: Análisis, retroalimentación y publicación de la información.	Anualmente a partir de 2014	\$5.000.000	X	
A 1.2.4 Formulación de un plan para el monitoreo de prevalencia e intensidad de infección por HTS, a través de estudios en escuelas centinela según lo que definan los lineamientos nacionales.	Plan de acción de monitoreo de prevalencias e intensidad de infección por HTS.	INS: Formulación del plan. MSPS: Apoyo técnico y cooperación	2° sem. 2014	\$15.000.000	X	
A 1.2.5 Capacitación en diagnóstico de parasitismo intestinal y metodología de vigilancia por centinelas de los HTS, dirigida a los referentes de los LSP departamentales y distritales a responsables del análisis de muestras de materia fecal.	Referentes de los LSP departamentales y distritales empoderados.	INS: Financiación y realización de la capacitación. LSP: Asistencia a la capacitación.	Anual	\$84.000.000 por cada año. TOTAL 5 años: \$420.000.000	X	
A 1.2.6 Evaluación de los resultados de la estrategia de quimioterapia preventiva a través de estudios en escuelas centinela según lineamientos nacionales de desparasitación y el plan para el monitoreo de las prevalencias e intensidad de infección por HTS.	Monitoreo de resultados en salud de la población en edad escolar de municipios seleccionados.	MSPS: Lineamientos y asistencia para la implementación de centinelas. DTS: apoyo técnico y seguimiento. Escuelas: Escenario de investigación. INS – LSP: Financiación, capacitación a LSP, análisis de muestras. Calidad.	Trienalmente según los lineamientos	\$4.000.000 por cada centinela Financiados LSP dptos. Para un Total de estimado de \$2.500.000.000 (Aprox. 2.000.000 de escolares, un centinela por cada 3.000= 666 centinelas)	X	

Actividades integradas dentro y fuera del sector salud por cada resultado esperado	Producto por cada actividad	Responsables y roles	Temporalidad	Costo estimado	Disponibilidad de Financiación por rubro	
A 1.2.7 Estimación de necesidades de Kits de Kato/Katz para la realización de las actividades anteriores y la gestión para su consecución a través de donación por medio de OPS/OMS.	Disponibilidad de los Kits de Kato/Katz necesarios para entrenamiento de LSP y realización de monitoreo en escuelas centinelas.	MSPS: Gestión para la donación y distribución. INS: Estimación de la necesidad y solicitud al Ministerio.	Anual o bianual según las solicitudes realizadas.	\$0 -	X	
A 1.2.8 Análisis, retroalimentación y publicación de los resultados encontrados mediante la aplicación de estudios en escuelas centinelas.	Difusión de los resultados del seguimiento de la estrategia de QPA a través de estudios en escuelas centinela	MSPS/INS: Análisis, retroalimentación y publicación de la información.	Posterior a la aplicación de cada centinela	\$10.000.000	X	
<b>Objetivo específico 2:</b> Mejorar las condiciones de vida de los menores de edad que presenten complicaciones asociadas a elevada intensidad de infección por geohelminthos mediante el abordaje integral del caso individual.					SÍ	NO
<b>Resultado esperado 2.1:</b> Personal de salud que identifica y trata de forma integral e integrada al menor con complicaciones asociadas a elevada intensidad de infección por GH.						
<b>Resultado esperado 2.2:</b> Familias y comunidades intervenidas de forma integrada cuando allí se presente uno o más casos de menores con complicaciones asociadas a elevada intensidad de infección por geohelminthos.						
A 2.1.1 Formular un Protocolo de atención para los casos de complicaciones severas asociadas a infección por HTS. Este debe incluir metodología para la realización de "Unidades de Análisis" y la ruta para intervención familiar o comunitaria de donde procede el caso.	Protocolo de atención individual para complicaciones por infección severa por HTS. Ruta de intervención de la familia y comunidad de donde procede el caso.	MSPS: Líder técnico y financiador. OPS: asesor técnico y operador. INS: asesor técnico, Sociedades científicas: asesores técnicos.	1° sem. 2014	\$15.000.000	X	
A 2.1.2 Capacitación al personal de salud que realiza la identificación, tratamiento y seguimiento de los casos desde el MSPS a las DTS y EPS y desde las DTS a IPS y municipios categorías 4, 5 y 6.	Al menos dos profesionales de salud capacitados en la EPS subsidiada y ESE de mayor cobertura en los departamentos priorizados.	MSPS: Líder técnico y financiador. OPS: asesor técnico y operador. DTS, EPS, IPS: Implementación del protocolo.	Anual, iniciando el 2° semestre de 2014	\$0 Incluido en el rubro de asistencia técnica a DTS	X	
A 2.1.3 Consolidación, análisis, retroalimentación y publicación de la información relacionada con morbilidad individual y mortalidad asociada a intensidad de infección por HTS.	Información de morbilidad individual asociada a intensidad de infección por HTS – Boletín anual	DTS: Remisión oportuna de la información. INS: Centinela. MSPS: Análisis, consolidación, retroalimentación y publicación de información.	Anualmente iniciando 2° sem. 2014	\$0 Costos incluidos en el boletín anual.	X	

Actividades integradas dentro y fuera del sector salud por cada resultado esperado	Producto por cada actividad	Responsables y roles	Temporalidad	Costo estimado	Disponibilidad de Financiación por rubro	
A 2.1.4 Acompañar y liderar la realización de "unidades de análisis" para los casos de morbilidad severa asociada a alta intensidad de infección por HTS.	Identificación de factores asociados y puntos de intervención comunitaria para cada caso de morbilidad severa atendido. Plan de respuesta crítico de intervención.	MSPS: Incentivar y liderar la realización de unidades. DTS: Participar en el análisis e implementar el plan de acción de intervención comunitario. Otros sectores: participar en el análisis y comprometer acciones.	Inmediatamente después de cada caso de morbilidad severa atendido. Iniciando 2º sem. 2014	\$ 0 Costos incluidos en actividades de asistencia técnica	X	
A 2.1.5 Identificar menores de edad y otras personas pertenecientes a grupos poblacionales críticos, que no se encuentren afiliados al SGSSS para realizar abogacía ante las autoridades competentes y proceder a su vinculación al sistema según proceda en cada caso.	Afiliación al SGSSS de las personas foco de la estrategia de AMM o de intervención individual que así lo requieran.	DTS: Identificación y afiliación de las personas que carezcan de vinculación vigente al SGSSS	Permanente	Cargo a la UPC	X	
<b>Objetivo específico 3:</b> Mejorar las condiciones de vida de los habitantes, mediante la implementación de tecnologías adaptadas culturalmente para mejorar el acceso a agua segura y disposición de excretas en poblaciones con alto riesgo de transmisión de geohelminthiasis.						
<b>Resultado esperado 3.1:</b> Municipios priorizados del Chocó en alto riesgo para transmisión de HTS que acceden y utilizan instalaciones mejoradas de saneamiento ambiental.						
A 3.1.1 Identificación de actores y programas del nivel territorial que implementen instalaciones mejoradas de saneamiento ambiental.	Mapa de actores y procesos involucrados.	MinVivienda - MSPS	2º sem. 2013	\$100.000.000	X	
A 3.1.2 Creación de alianzas con instituciones identificadas.	Mínimo un Proyecto de intervención: Todos por el Chocó.	MSPS: Coordinador del componente de salud. MinVivienda: Coordinador componente de saneamiento. c. infraestructura	1º sem. 2013			
A 3.1.3 Priorización de comunidades a ser intervenidas.	Municipios identificados en los que es viable la intervención. Selección de los mismos.	Minvivienda: de acuerdo a factibilidad, disponibilidad de recursos y diagnóstico ambiental.	1º sem. 2013			
A 3.1.4 Formulación, implementación y evaluación de un plan de acción sectorial armonizado con los objetivos y metas del componente social de la intervención "Todos por el Chocó".	Comunidad de municipios priorizados en el Chocó que identifica el vínculo agua/salud y que apropia el uso del alcantarillado.	MSPS-INS: Formulación, implementación y evaluación del plan sectorial.	2º sem. 2013			

Actividades integradas dentro y fuera del sector salud por cada resultado esperado	Producto por cada actividad	Responsables y roles	Temporalidad	Costo estimado	Disponibilidad de Financiación por rubro	
A 3.1.5 Acompañamiento a las comunidades para identificar problemas de salud y soluciones ambientales relacionadas.	Soluciones de saneamiento apropiadas por parte de las comunidades intervenidas.	MSPS: Coordinador del componente de salud. MinVivienda: Coordinador componente de saneamiento.	2º sem. 2013 – 1º y 2º sem. 2014			
A 3.1.6 Implementación de un paquete integral de soluciones ambientales armonizadas con las identificadas por la población, con participación comunitaria permanente.	Al menos un municipio chocono con alcantarillado	MinVivienda: Coordinador componente de saneamiento.	2013 - 2017			
A 3.1.7 Promoción de hábitos sanitarios saludables tales como lavado de manos, cara y cuerpo, otros; y disposición de excretas humanas, residuos sólidos y otros. Se recomienda que las estrategias IEC se hagan con base en líneas de base de conocimientos, actitudes y prácticas (estudios CAP) y se promueva el uso de herramientas de investigación formativa y se evalúe el cambio conductual logrado.	Estrategias de IEC y movilización social. Comunidades en alto riesgo de transmisión de HTS que implementan hábitos sanitarios saludables.	MSPS: Asistencia técnica y cooperación. DTS: Asistencia técnica a los municipios 4, 5 y 6 e IPS. Implementación de IEC. Comunidad: Participación activa y cuidado de su salud.	2013 - 2017			
<b>Resultado esperado 3.2:</b> Municipios priorizados de Chocó en alto riesgo para transmisión de GH que acceden y utilizan soluciones de agua segura para consumo humano.						
A 3.2.1 Identificación de actores y programas que realicen la implementación de soluciones comunitarias de acceso a agua segura para el consumo humano.	Mapa de actores y procesos involucrados	MSPS: Líder del proceso	2014	\$ 90.000.000.000	X	
A 3.2.2 Creación de alianzas con instituciones identificadas.	Mínimo un Proyecto de intervención: Todos por el Chocó.	MSPS: Coordinador del componente de salud. MinVivienda, Alcaldías: Coordinador componente de saneamiento.	2013			
A 3.2.3 Priorización de comunidades a ser intervenidas	Municipios identificados en los que es viable la intervención. Selección de los mismos.	Minvivienda, alcaldías: de acuerdo a factibilidad, disponibilidad de recursos y diagnóstico ambiental.	2013			
A 3.2.4 Formulación, implementación y evaluación de un plan de acción intersectorial armonizado con los objetivos y metas del componente social de la intervención "Todos por el Chocó".	Comunidad de municipios priorizados en el Chocó que identifica el vínculo agua/ salud y que apropia el uso del alcantarillado.	Minvivienda, MSPS-INS, Alcaldías. Otros: Formulación, implementación y evaluación del plan sectorial.	2º sem. 2013			

Actividades integradas dentro y fuera del sector salud por cada resultado esperado	Producto por cada actividad	Responsables y roles	Temporalidad	Costo estimado	Disponibilidad de Financiación por rubro	
A 3.2.5 Acompañamiento a las comunidades para identificar problemas de salud y soluciones ambientales relacionadas	Sistemas de provisión de agua segura apropiados por parte de las comunidades intervenidas	MSPS, DTS: Coordinador del componente de salud. MinVivienda: Coordinador componente de saneamiento	2013 - 2015			
A 3.2.6 Implementación de los sistemas de provisión de agua segura que fueron identificadas por la comunidad, con participación comunitaria permanente.	Al menos cinco municipios chozanos con acueducto apropiado y en funcionamiento.	MSPS: Coordinador del componente de salud. MinVivienda: Coordinador componente de saneamiento.	2013 - 2015			
<b>Resultado esperado 3.3:</b> Comunidades en alto riesgo para transmisión de HTS de áreas rurales dispersas que se benefician de la implementación de acciones en el marco de la estrategia "Entornos Saludables y/o WASH".						
A 3.3.1 Realizar abogacía a nivel nacional y territorial frente a otros sectores involucrados en el control de los determinantes de salud (a través del CONASA y de los COTSA) con el fin que de que las acciones planteadas en los PAIES se focalicen y/o beneficien a las comunidades críticas para HTS .	PAIES que focalizan acciones en comunidades críticas para transmisión de HTS.	MSPS - DTS: Abogacía ante el CONASA y los COTSA y las organizaciones de sectores diferentes a salud relacionadas con el control de los DSS.	2014	Depende de las acciones comprendidas. Costo asumido por DTS (PIC Estrategia de Entornos Saludables – Grupo de Saneamiento), COTSA y otros actores involucrados.		
A 3.3.2 Levantamiento de líneas de base de tecnologías de disposición de excretas y agua segura en comunidades rurales dispersas y escuelas. Seguimiento a la tendencia de esta variable.	Censo sanitario en comunidades y escuelas de áreas rurales dispersas en alto riesgo para HTS.	DTS: Levantamiento del censo y seguimiento del impacto de acciones en el componente sanitario.	2015 - 2017	\$ 0		
A 3.3.3 En los municipios de alto riesgo de transmisión de HTS gestionar la incorporación de hábitos higiénicos como lavado de manos y cara en las prácticas clave del componente comunitario del AIEPI.	Componente comunitario de AIEPI fortalecido.	MSPS/SET: Gestión frente al grupo de infancia.	1º sem. 2014	\$0 -	X	
A 3.3.4 Capacitar las comunidades y escuelas de municipios priorizados en estos cambios comportamentales perdurables.	Comunidades empoderadas que practican hábitos higiénicos.	DTS: Promoción de estos hábitos mediante el programa de AIEPI y la Estrategia de Entornos Saludables en el PIC.	Permanente	\$0 -	X	
A 3.3.5 Levantar líneas de base y monitorear el cambio comportamental obtenido a mediano y largo plazo.	Caracterización de las prácticas higiénicas en municipios priorizados.	DTS: Promoción de estos hábitos mediante el programa de AIEPI en el PIC. La proporciona la estrategia IEC ya costeadada.	Permanente	\$0 -	X	

## d. Componente relacionado con la eliminación de la ceguera por tracoma

**Tabla 16.** Objetivos específicos relacionados con la eliminación del tracoma

Objetivos Específicos	Indicadores de Resultado	Medios de Verificación
<p>1. Mejorar las condiciones de vida de los habitantes de zonas con alto riesgo de desarrollar ceguera por tracoma mediante la implementación de administración masiva de medicamentos para interrumpir la transmisión de esta enfermedad.</p>	<p>Cobertura (mayor o igual a 80% por cada ronda) de AMM en población elegible en riesgo de los departamentos donde el tracoma se ha identificado como un problema de salud pública.</p> <p>Extensión de rondas de AMM por departamento (Meta: abarcar el 100% de los municipios y corregimientos departamentales en riesgo de transmisión en cada ronda).</p> <p>Número de DTS que cuentan con Planes formulados, implementados y evaluados para la eliminación del tracoma (Meta: Todas las DTS donde el tracoma se identificó como un problema de salud pública, implementando los Planes de eliminación durante los cinco años de vigencia del presente plan).</p>	<p>Formatos para el registro de entrega de Azitromicina/Oxitetraciclina a población elegible.</p> <p>Censos actualizados de población.</p> <p>Planes territoriales para la eliminación del tracoma.</p>
<p>2. Mejorar las condiciones de vida de las personas que presenten complicaciones asociadas a recurrencia y severidad de las infecciones por tracoma mediante el abordaje clínico oportuno del caso individual.</p>	<p>Proporción de pacientes con TT u OC que aceptaron el procedimiento quirúrgico y efectivamente se les realizó cirugía correctiva bajo la técnica "rotación tarsal bilamelar" de forma oportuna. Meta: operar el 100% de los pacientes con TT y OC que voluntariamente acepten el procedimiento.</p> <p>Proporción de pacientes con TT u OC que no aceptaron la realización del procedimiento quirúrgico y fueron dotados con kits para la remoción de pestañas. Meta: Dotar con Kits el 100% de pacientes con TT y OC que no acepten la realización del procedimiento quirúrgico.</p> <p>Elaboración, socialización y difusión del Protocolo de vigilancia de la triquiasis tracomatosa, e implementación de la estrategia SAFE alrededor de los nuevos focos de tracoma.</p>	<p>Sistema de vigilancia en salud pública.</p> <p>Registros del programa nacional para la eliminación del tracoma.</p> <p>Registros de entrega de Kits para remoción de pestañas.</p> <p>Copia de los formatos firmados de aceptación del procedimiento quirúrgico.</p> <p>Registros de programa de tracoma.</p>

Objetivos Específicos	Indicadores de Resultado	Medios de Verificación
<p>3. Mejorar las condiciones de vida de los habitantes de zonas en alto riesgo de desarrollar ceguera por tracoma, mediante la implementación de tecnologías adaptadas culturalmente para mejorar el acceso a agua segura, higiene y saneamiento básico (WASH).</p>	<p>Proporción de escuelas de las zonas priorizadas que cuentan con sistemas de disposición de excretas culturalmente adaptados. Meta: Incrementar el 25% las escuelas que disponen y usan estos dispositivos para el 2017.</p> <p>Proporción de escuelas de las zonas priorizadas que disponen de agua segura. Meta: Incrementar el 25% las escuelas que disponen de agua segura para el 2017.</p> <p>Proporción de comunidades y escuelas empoderadas con conocimientos sobre hábitos higiénicos saludables. Meta: 100% de comunidades y escuelas de áreas endémicas de tracoma.</p>	<p>Encuestas.</p> <p>Registros del programa nacional para la eliminación del tracoma.</p> <p>Registros de la Estrategia de Entornos Saludables.</p> <p>PAIES – COTSA.</p> <p>Registros de intervención de las comunidades y escuelas de áreas endémicas para tracoma.</p>

**Tabla 17.** Resultados por cada objetivo específico del componente de tracoma

Objetivos Específicos	Resultados Por Cada O.e.	Indicadores de Proceso	Medios de Verificación
1. Mejorar las condiciones de vida de los habitantes de zonas con alto riesgo de desarrollar ceguera por tracoma mediante la implementación de administración masiva de medicamentos.	1.1 Rondas de AMM implementadas con activa participación de la población objeto.	Proporción de rondas por municipio que se implementaron con apoyo de agentes comunitarios procedentes de las zonas a intervenir. (Meta: 100% de las rondas).	Registros del Programa Nacional para la Eliminación del Tracoma.
	1.2 Las coberturas de AMM son monitoreadas de forma regular.	Proporción de departamentos que reportan oportunamente la información completa y adecuada relacionada con cobertura de las rondas de AMM. Meta: 100% de los departamentos reporta la información oportunamente.	Registros del Programa Nacional para la Eliminación del Tracoma.
	1.3 Las comunidades endémicas para tracoma participan en forma activa y contribuyen al logro de las coberturas.	Comunidades endémicas que generaron movilización comunitaria en torno a la prevención y el control de este problema de salud pública (Meta: 100% de las comunidades intervenidas).	Registros del Programa Nacional para la Eliminación del Tracoma e informes departamentales.
2. Mejorar las condiciones de vida de las personas que presenten complicaciones asociadas a recurrencia y severidad de las infecciones por tracoma mediante el abordaje clínico del caso individual.	2.1 Jornadas quirúrgicas implementadas con activa participación por parte de las personas afectadas.	Número de rondas quirúrgicas realizadas anualmente. Meta: realizar al menos una cada año hasta que se agoten los pacientes con estas necesidades quirúrgicas. Número de pacientes identificados con TT/OC (Meta: identificar el 100% de pacientes a riesgo de ceguera por tracoma). Proporción cirugías correctivas de TT y OC realizadas del total de pacientes detectados. Meta: operar el 100% de los pacientes con TT y OC que voluntariamente acepten el procedimiento. Proporción de pacientes que requieren y aceptan la intervención quirúrgica que no la obtienen oportunamente (en la siguiente jornada). Meta: menos del 5%. Proporción de ojos intervenidos quirúrgicamente que presentaron recidiva del defecto ocular. (Meta: Menor al 10%).	Sistema de vigilancia en salud pública. Registros del programa nacional para la eliminación del tracoma. Registros de entrega de Kits para remoción de pestañas. Copia de los formatos firmados de aceptación del procedimiento quirúrgico.
	2.2 Personas afectadas por TT u OC que no aceptan el procedimiento quirúrgico y son dotadas y capacitadas en el uso de kits para remoción de pestañas.	Proporción de personas que recibieron el kit sin ningún costo económico. Meta 1: 100% de las personas que lo requieren. Nota: se utilizarán diferentes mecanismos para lograr aceptación del procedimiento quirúrgico y posteriormente se entregarán kits a los renuentes.	

Objetivos Específicos	Resultados Por Cada O.e.	Indicadores de Proceso	Medios de Verificación
<p><b>3.</b> Mejorar las condiciones de vida de los habitantes de zonas en alto riesgo de desarrollar ceguera por tracoma, mediante la implementación de tecnologías adaptadas culturalmente para mejorar el acceso a agua segura, higiene y saneamiento básico (WASH).</p>	<p>3.1 Escuelas de zonas de alto riesgo que disponen de soluciones de saneamiento básico y agua segura y tanto niños como docentes están empoderados con conocimientos de hábitos higiénicos saludables.</p>	<p>Proporción de escuelas en alto riesgo que cuenta con soluciones de saneamiento y agua segura (Meta: Incrementar al final de los cinco años en 25% las escuelas).</p> <p>Proporción de escuelas de comunidades endémicas donde los docentes y alumnos fueron capacitados en hábitos higiénicos saludables (Meta: Incrementar al final de los cinco años en 80% las escuelas).</p>	<p>Registros del programa nacional para la eliminación del tracoma.</p> <p>Planes intersectoriales radicados en las secretarías.</p> <p>Registros de intervención de las comunidades y escuelas de áreas endémicas para tracoma.</p>

## Componente para la eliminación del tracoma

Actividades integradas dentro y fuera del sector salud por cada resultado esperado	Producto por cada actividad	Responsables y roles	Temporalidad	Costo estimado	Financiación por rubro	
<b>Objetivo específico 1:</b> Mejorar las condiciones de vida de los habitantes de zonas con alto riesgo de desarrollar ceguera por tracoma mediante la implementación de administración masiva de medicamentos (AMM).						
<b>Resultado esperado 1.1:</b> Rondas de AMM implementadas con activa participación de la población objeto.					SÍ	NO
A 1.1.1 Delimitar el foco de tracoma en Vaupés y otros departamentos fronterizos con este y con Brasil. Estimación de población elegible para AMM.	Protocolo de vigilancia de formas avanzadas de la enfermedad y protocolos de confirmación y delimitación del foco. Censo de población a riesgo.	MSPS: Líder técnico y financiador. OPS: asesor técnico; DTS: Operadores de la actividad. Gestión de la información, implementación de acciones de SP. Gestión de recursos ante otros donantes	1° sem. 2013 Vaupés. 2013/14 Resto de Dptos. Amazonía 2015/17 Otros dptos.	Vaupés \$ 130.000.000	X	
				Amazonía \$300.000.000		X
				Por definir Aprox. \$4.000.000.000		X
A 1.1.2 Diseñar y difundir lineamientos y manuales para la implementación de AMM para la interrupción de la transmisión de tracoma.	Lineamientos diagnóstico clínico y manejo programático para tracoma. Protocolo vigilancia. Manual operativo para líderes comunitarios adaptados socioculturalmente Otros.	MSPS: Líder técnico y financiador. OPS: asesor técnico y operador. INS: asesor técnico. Sociedades científicas: asesores técnicos.	2° sem. 2013	\$25.000.000	X	
			1° sem. 2014	\$80.000.000		X
A 1.1.3 Entrenamiento del personal que implementará las actividades de eliminación de tracoma y a los gerentes de programa basada en los lineamientos oficiales.	Gerentes de programa empoderados con los conocimientos para el abordaje programático del tracoma y otras EID.	MSPS: Asistencia técnica y cooperación DTS: Adopción y adaptación de los lineamientos nacionales y asistencia técnica a los municipios 4, 5 y 6 e IPS.	Anual	\$ 0 (Se hará integradas las EID – Costo estimado en HTS)	X	
A 1.1.4 Estimación y adquisición de medicamentos e insumos necesarios para la AMM.	Número de dosis de Azitromicina y Tetraciclina adquiridas según las estimadas por población elegible.	MSPS: Asistencia técnica para realizar la actividad. DTS: Estimación de la necesidad. Compra con cargo a SGP o gestión de donación (Pizer).	Anualmente comenzando en el 1° sem. de 201 en Vaupés	\$ 00	X	

Actividades integradas dentro y fuera del sector salud por cada resultado esperado	Producto por cada actividad	Responsables y roles	Temporalidad	Costo estimado	Financiación por rubro	
A 1.1.5 Realización de las rondas de AMM de acuerdo a los lineamientos nacionales en los departamentos identificados y con activa participación de la comunidad.	Cobertura mayor o igual a 80% de población elegible (extensión del 100%).	MSPS: Ente rector a nivel nacional. DTS: Gestión local de la estrategia. Secretarías locales de educación: soporte a la estrategia.	Anual o semestral según prevalencia y lineamientos nacionales	\$ 370.000.000 2ª ronda Vaupés 2013	X	
				\$ 1.500.000.000 segundo año	X	
				\$ 4.000.000.000 Cada año a partir de 2015	X	
				ligado al PIC y a otras plataformas de entrega de servicios		
A 1.1.6 Elaboración, ejecución y evaluación de planes de trabajo fronterizos (Colombia- Brasil; Colombia – Venezuela; Colombia – Perú; Colombia - Ecuador) para el abordaje conjunto y simultáneo de las comunidades indígenas nómadas que transitan entre los países.	Planes de acción para el abordaje integral de las comunidades de frontera.	MSPS (Subdirección ET y Oficina Cooperación): Abogacía frente a otros Ministerios de Salud. Formulación y gestión del plan. Ministerios de Salud otros países: Cooperación y acción conjunta. DTS. Dptos. Fronterizos: Implementación conjunta de acciones.	2013 - 2017	\$ 500.000.000		X
<b>Resultado esperado 1.2:</b> Las coberturas de AMM son monitoreadas de forma regular						
A 1.2.1 Realizar monitoreo rápido del impacto de la estrategia SAFE mediante el levantamiento de prevalencia de formas activas y avanzadas de tracoma en las zonas donde se está implementando AMM siguiendo lo establecido en los lineamientos técnicos formulados.	Identificación del impacto medido en reducción de prevalencia de formas activas de tracoma en población 1 - 9 años.	MSPS: Asistencia técnica. DTS: Gestión, implementación, financiación.	Trienal	\$80.000.000 por cada departamento Aprox. \$480.000.000 en los cinco años para cinco departamentos		X
A 1.2.2 Consolidar, analizar, retroalimentar y publicar la información relacionada con coberturas de AMM e impacto de la estrategia SAFE.	Boletín anual de EID. Rendición de cuentas.	MSPS: Consolidación y análisis de la información. Publicación y retroalimentación	Anualmente	\$ Incluido en el boletín, descrito en el componente HTS	X	
<b>Resultado esperado 1.3:</b> Las comunidades endémicas para tracoma participan en forma activa y contribuyen al logro de las coberturas de AMM y a la implementación de acciones de las estrategias SAFE y WASH.						
A 1.3.1 Identificar y capacitar líderes comunitarios y/o docentes voluntarios y comprometidos con las acciones de saneamiento básico y educación en hábitos higiénicos.	Comunidad empoderada con un líder que gestiona los componentes de la estrategia WASH en su comunidad.	MSPS: Asistencia técnica y cooperación. DTS: Adopción y adaptación de los lineamientos nacionales y asistencia técnica por competencia.	2013 - 2017	\$50.000.000 (integrado a entornos saludables) por cada dpto./año.		X

Actividades integradas dentro y fuera del sector salud por cada resultado esperado	Producto por cada actividad	Responsables y roles	Temporalidad	Costo estimado	Financiación por rubro	
A 1.3.2 Diseñar, implementar y evaluar una estrategia de IEC que favorezca la aceptación comunitaria de las acciones de AMM y la intervención integral de las comunidades. Se recomienda que las estrategias IEC se hagan a partir de líneas de base de conocimientos, actitudes y prácticas (estudios CAP) y se promueva el uso de herramientas de investigación formativa y se evalúe el cambio conductual logrado.	Estrategia IEC validada en sitios piloto. Comunidades empoderadas con conocimientos y herramientas de autogestión de la salud personal y comunitaria.	MSPS: Líder técnico. OPS y otras ONG: Cooperación técnica y financiera. Comunidades: Participación activa en la formulación y validación.	2014	\$ 150.000.000		X
A 1.3.3 Imprimir y difundir material educativo resultado de la estrategia de IEC.	Documentos educativos validados e impresos	MSPS: Propuesta general de material. DTS: Adopción y adaptación del material.	2014 - 2015	\$30.000.000		X
<b>Objetivo específico 2:</b> Mejorar las condiciones de vida de las personas que presenten complicaciones asociadas a recurrencia y severidad de las infecciones por tracoma mediante el abordaje clínico del caso individual.					Financiación	
<b>Resultado esperado 2.1:</b> Jornadas quirúrgicas implementadas de forma aceptada y con activa participación por parte de las personas afectadas.					SÍ	NO
A 2.1.1 Identificar y sensibilizar a la población elegible para la realización de la intervención quirúrgica correctiva de TT y OC.	Formatos de identificación, estadio clínico y localización de los pacientes con TT u OC. Base de datos de población elegible.	DTS: Identificación y sensibilización de pacientes con TT y OC articulado a la ejecución del PIC	Anualmente	\$ Acorde a cada departamento. Concurrencia de EPS, Cooperación internacional, DTS, cargo a la UPC.	x	
A 2.1.2 Identificar posibles aliados, expertos en la realización de la técnica quirúrgica "rotación tarsal bilamelar", con el fin de garantizar al menos una intervención por año hasta que se agoten los pacientes quirúrgicos.	ONG aliada en la realización de cada jornada quirúrgica programada, Profesionales independientes, apoyo de sociedades científicas (SOCO).	MSPS - OPS: Gestión con ONG y otros países para generar alianzas de cooperación.	Anualmente	\$ 0 -	x	
A 2.1.3 Estimar y gestionar la disponibilidad de insumos quirúrgicos y otros necesarios para realizar la campaña quirúrgica.	Stock de insumos necesarios, personal y otras necesidades disponibles, previo a la realización de la jornada quirúrgica.	MSPS: Apoyo en la gestión. EPS-ESE: Concurrencia en la adquisición de insumos. DTS: Estimación de necesidad. Monitoreo.	Anualmente	\$ Según población a intervenir (recursos del POS).	X	

Actividades integradas dentro y fuera del sector salud por cada resultado esperado	Producto por cada actividad	Responsables y roles	Temporalidad	Costo estimado	Financiación por rubro	
A 2.1.4 Gestionar el traslado, hospedaje y manutención de los pacientes y sus familias para la campaña quirúrgica.	Pacientes y familias ubicados en la cabecera departamental por al menos 10 días.	DTS: Gestión para traslado y hospedaje. EPS: Concurrencia en los gastos.	Anualmente	\$ Según población a intervenir, con cargo recursos de la UPC	X	
A 2.1.5 Realización de la campaña quirúrgica y evaluación posintervención de los pacientes. Registro de aquellos que requieran re-intervención futura.	100% de los pacientes elegibles operados mediante la técnica de elección.	ONG aliada: Realización de cirugías. EPS - ESE: Seguimiento posquirúrgico de los pacientes.	Anualmente	\$ 200.000.000 Según población a intervenir		X
A 2.1.6 Identificar menores de edad y otras personas pertenecientes a grupos poblacionales críticos, que no se encuentren afiliados al SGSSS para realizar abogacía ante las autoridades competentes y proceder a su vinculación al sistema según proceda en cada caso.	Afiliación al SGSSS de las personas foco de la estrategia de AMM o de intervención individual que así lo requieran.	DTS: Identificación y afiliación de las personas que carezcan de vinculación vigente al SGSSS	Permanente	Cargo a la UPC	X	
A 2.1.7 Mantener las competencias en el diagnóstico, cirugía y manejo programático del tracoma en los responsables del nivel nacional y territorial.	Responsables del nivel nacional y territorial que mantienen vigentes sus competencias a través de capacitaciones con expertos internacionales.	MSPS: Abogacía para identificar oportunidades de capacitación permanentemente. Identificar fuentes de financiación.	Permanente Recertificación al menos cada dos años para el Dx clínico	\$40.000.000 Para 10 personas		X
<b>Resultado esperado 2.2:</b> Personas afectadas por TT u OC que no aceptan el procedimiento quirúrgico y son dotadas y capacitadas en el uso de kits para remoción de pestañas.						
A 2.2.1 Disponibilidad de stock de kits para la remoción de pestañas.	Kits completos para remoción de pestañas en la cantidad estimada.	DTS: Estimación de la necesidad y compra de los kits (Cargo SGP)	Permanente	\$200.000 Stock	X	
A 2.2.2 Identificación de personas con TT u OC que no acepten voluntariamente el procedimiento quirúrgico.	Base de datos nominal de las personas con TT y OC que aceptan y no aceptan el procedimiento	DTS: Realización del censo en las comunidades en las que se está realizando rondas de AMM.	En cada ronda de AMM según lineamientos	\$ 0 -		
A 2.2.3 Entrega de kits y capacitación en su uso durante las rondas de AMM.	Personas empoderadas con herramientas y conocimientos para realizar la remoción de pestañas anómalas.	DTS - EBS: Entrega y capacitación en el uso de los kits de remoción de pestañas.	En cada ronda de AMM según lineamientos	\$0 (los mismos costos de AMM) -		

Actividades integradas dentro y fuera del sector salud por cada resultado esperado	Producto por cada actividad	Responsables y roles	Temporalidad	Costo estimado	Financiación por rubro	
<b>Objetivo específico 3:</b> Mejorar las condiciones de vida de los habitantes de zonas en alto riesgo de desarrollar ceguera por tracoma, mediante la implementación de tecnologías adaptadas culturalmente para mejorar el acceso a agua segura, higiene y saneamiento básico (Componente F y E de la estrategia SAFE en áreas con prevalencias de TT elevadas y estrategia WASH en áreas donde el tracoma está presente pero no como un problema de salud pública).						
<b>Resultado esperado 3.1:</b> Escuelas de zonas de alto riesgo que disponen de soluciones de saneamiento básico y agua segura, y tanto niños como docentes están empoderados con conocimientos de hábitos higiénicos saludables.						
A 3.1.1 Levantamiento de línea de base en escuelas sobre la disponibilidad, uso y prácticas de saneamiento básico y disponibilidad de fuentes de agua segura cercanas (menos de 15 min caminando)	Priorización de escuelas a ser intervenidas con soluciones de saneamiento y agua adaptadas socioculturalmente.	DTS: Censo en escuelas y comunidades	Con cada ronda de AMM	\$ 0 (los mismos costos de la AMM) -		
A 3.1.2 Realizar abogacía con sectores relacionados con ambiente, agua y saneamiento para que incluyan en sus planes de acción la intervención con soluciones de saneamiento y agua en escuelas priorizadas.	Alianzas intersectoriales a nivel territorial.	DTS: Abogacía frente a otros sectores. Sector educación, ambiente, agua.	2014	\$ 0 -	X	
A 3.1.3 Acompañamiento a las comunidades para identificar problemas de salud y soluciones ambientales relacionadas	Soluciones de saneamiento y agua aceptadas y legitimadas en las comunidades.	MSPS: Acompañamiento en la selección de metodología apropiada. DTS: Realización de la identificación mediante las metodologías apropiadas.	Ligado a la primera ronda de intervención	\$0 Inmerso en la caracterización de las poblaciones en riesgo que desarrollan los equipos básicos de salud en el marco de la APS -	X	
A 3.1.4 Abogacía frente a los COTSA para que los PAIES focalicen sus acciones en los municipios críticos para tracoma.	Escuelas en alto riesgo que disponen y apropian soluciones de saneamiento y agua.	DTS: Líder de los procesos y cofinanciación. Otros sectores: compromisos de implementación y cofinanciación.	2015 - 2017	\$ 0 -		
A 3.1.5 Implementación de la estrategia de IEC (actividad A 1.3.2) para promover hábitos higiénicos saludables en el ámbito escolar entre docentes y alumnos enmarcada en el Programa Educativo Institucional (PEI).	Docentes y estudiantes empoderados con conocimientos de hábitos higiénicos.	DTS: Formulación e implementación de la estrategia.	2014 - 2017	\$ Estrategia de Escuelas Saludables -	X	
A 3.1.6 Realizar abogacía para incluir en las zonas con presencia de tracoma, la práctica del lavado de cara con remoción de secreciones como una práctica clave promovida en el AIEPI comunitario.	Promoción del lavado de cara como práctica clave del AIEPI comunitario.	MSPS: Abogacía nacional y territorial. DTS: Inclusión de la nueva práctica clave.	Permanente	\$ 0 -		

### e. Componente relacionado con la eliminación de la oncocercosis

Actividades integradas dentro y fuera del sector salud por cada resultado esperado	Producto por cada actividad	Responsables y roles	Temporalidad	Costo estimado
<b>Objetivo específico:</b> Sostener en el tiempo la eliminación de la morbilidad y la interrupción de la transmisión de oncocercosis en el país.				
<b>Resultado esperado:</b> Vigilancia posendémica activa en el antiguo foco de oncocercosis en el país y en otras regiones en riesgo				
A 1. Formular el protocolo de vigilancia posendémica para oncocercosis.	Protocolo preliminar para la vigilancia de oncocercosis.	MSPS: Líder del proceso. OPS - INS: Asesoría técnica	2° sem. 2013	\$10.000.000
A 2. Validar el protocolo de vigilancia propuesto.	Protocolo definitivo y validado.	MSPS - DTS: Validación con personal de salud y líderes comunitarios de la región.	1° sem. 2014	\$10.000.000
A 3. Capacitar personal de salud a nivel local y líderes comunitarios voluntarios en la identificación de formas clínicas de la oncocercosis en el antiguo foco y en sitios de referencia de oftalmología y de dermatología.	Personal que realiza la vigilancia empoderado con las herramientas para hacerlo.	MSPS – DTS: Capacitación.	Anual, iniciando el 1° sem. 2014	\$10.000.000
A 4 Socializar el Protocolo de vigilancia posendémica de la oncocercosis en todo el país, con los referentes de vigilancia en salud pública.	Protocolo de vigilancia socializado en las 37 Direcciones Territoriales de Salud.	MSPS, INS, DTS	Anualmente en el marco de la asistencia técnica en EID	\$0
A 5. Consolidar y retroalimentar la información producto de la vigilancia según la periodicidad que se establezca en el protocolo.	Monitoreo del foco inactivo de oncocercosis.	DTS: Envío de la información. MSPS: Consolidación y análisis	Anual, iniciando el 1° sem. 2014	\$0 -

## f. Generalidades de EID

Actividades integradas dentro y fuera del sector salud por cada resultado esperado	Producto por cada actividad	Responsables y roles	Temporalidad	Costo estimado
<p><b>Objetivo específico:</b> Identificar y abordar programáticamente otras EID con importancia para la salud pública a nivel nacional o regional.</p>				
<p><b>Resultado esperado 1:</b> EID prevalentes a nivel territorial o nacional no cubiertas por otros programas, priorizadas para ser abordadas de forma integral.</p>				
<p>A 1.1 Identificar las patologías que cumplen con los criterios de desatención con importancia para poblaciones específicas a nivel nacional o regional a través de diversas fuentes de información (comunitarias, institucionales, resultados de investigaciones, otras).</p>	<p>Inventario de otras EID presentes y con importancia sentida para la salud pública del nivel nacional o regional.</p>	<p>MSPS: Asistencia técnica y cooperación. OPS: Asesoría técnica. INS: Apoyo en el diagnóstico etiológico cuando proceda. DTS: Identificación de otras EID.</p>	<p>Permanente, vinculado a actividades de asistencia técnica</p>	<p>\$ Incluido en el rubro de asistencia técnica.</p>
<p>A 1.2. Determinar la magnitud de los eventos identificados y la implicación para la salud pública del nivel territorial y/o nacional. Priorizar los eventos que deben ser abordados.</p>	<p>Eventos priorizados para ser abordados.</p>	<p>MSPS: Líder del proceso, asistencia técnica y cooperación. DTS: Identificación de otras EID.</p>	<p>Permanente, vinculado a actividades de asistencia técnica</p>	<p>\$ Incluido en el rubro de asistencia técnica.</p>

Actividades integradas dentro y fuera del sector salud por cada resultado esperado	Producto por cada actividad	Responsables y roles	Temporalidad	Costo estimado
A 1.3. Desarrollar e implementar estrategias para el abordaje integral de las EID priorizadas a nivel nacional y apoyar el abordaje que se proponga desde las DTS para las EID priorizadas a nivel territorial.	Estrategias de abordaje integral e interprogramático para EID priorizadas.	MSPS - DTS: Desarrollo, implementación y evaluación de estrategias	Permanente, vinculado a actividades de asistencia técnica	\$ Incluido en el rubro de asistencia técnica.
A 1.4. Formular y/o concurrir con las iniciativas de investigación propuestas desde el nivel nacional para el abordaje de otras EID, con el espíritu de mejorar los indicadores o la planeación del programa.	Fortalecimiento de los procesos de investigación de las EID de mayor importancia.	MSPS: Abogacía frente a los organismos científicos, de investigación y otros para que se incluyan las EID en la agenda de investigación del país.	1º sem. 2014	\$200.000.000 -
<b>Objetivo específico:</b> Identificar y corregir tempranamente las amenazas y debilidades en el proceso de implementación del presente plan.				
<b>Resultado esperado 2:</b> Plan para el seguimiento, monitoreo y evaluación del presente plan.				
A 2.1 Formular y validar un plan de seguimiento, monitoreo y evaluación.	Plan validado y aprobado.	MSPS: Financiación y líder del proceso.	1º sem. 2014	\$15.000.000





## Abreviaturas

87:

AIEPI: Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia

AL: Ascaris lumbricoides

ALC: América Latina y el Caribe

AMM: Administración Masiva de Medicamentos

APS: Atención Primaria en Salud

AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

DTS: Dirección Territorial de Salud

EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios

EID: Enfermedades Infecciosas Desatendidas

ETV: Enfermedades Transmitidas por Vectores

FL: Filariasis linfática

HTS/GH: Helmintiasis Transmitidas por el suelo / Geohelmintiasis

IDH: Índice de Desarrollo Humano

INS: Instituto Nacional de Salud

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

MEN: Ministerio de Educación Nacional

Mf: Microfilaria (s)

MPS: Ministerio de la Protección Social

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OEPA: Onchocerciasis Elimination Program for the Americas  
(por las siglas en inglés)

ONG: Organización No Gubernamental

OPS/PAHO: Organización Panamericana de la Salud

OMS/WHO: Organización Mundial de la Salud

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones

PIB: Producto Interno Bruto

PIC: Plan de Intervenciones Colectivas

POS: Plan Obligatorio de Salud

QPA: Quimioterapia Preventiva Antihelmíntica

RCP/PCR: Reacción en Cadena de la Polimerasa

Sivigila: Sistema de Vigilancia Epidemiológica

TF: Tracoma Folicular

TI: Tracoma Intenso

TT: Triquiasis Tracomatosa

- (2008). Final Report: Consultation Meeting on a Trust Fund for the Prevention, Control and Elimination of Neglected and Other Infectious Diseases in Latin America and the Caribbean. Washington: PAHO.
- Ault, S. (2008). Intersectoral approaches to neglected diseases. *Ann N Y AcadSci*, 64-9.
- BID, OPS, Desatendidas, R. M., & Sabin, I. d. (2011). Un llamado a la acción: Hacer frente a los helmintos transmitidos por el contacto con el suelo en LAC. Washington: BID; OPS; Instituto de Vacunas Sabin.
- Botero, D., & Restrepo, M. (2012). *Parasitosis Humanas*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Carabin, H., Chan, M., & Guyatt, H. (2000). A Population Dynamic Approach to Evaluating the Impact of School Attendance on the Unit Cost and Effectiveness of School-Based Schistosomiasis Chemotherapy Programmes. *arasitology*.
- Carabin, H., Chan, M., & Guyatt, H. (2000). A Population Dynamic Approach to Evaluating the Impact of School Attendance on the Unit Cost and Effectiveness of School-Based Schistosomiasis Chemotherapy Programmes. *Parasitology*, 171-83.
- Castiblanco, C., & Espinosa, J. (2006). *Tuberculosis y lepra año 2005*. Bogotá D.C.: INS.
- CEPAL. (2005). *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL. (2006). *Panorama Social de América Latina 2006*. Santiago: CEPAL.
- Christian, P., Khatry, S., & West, K. (2004). Antenatal anthelmintic treatment, birth weight, and infant survival in rural Nepal. *Lancet*, 981- 983.
- Emerson, P., Frost, L., Bailey, R., & Mabey, D. (2006). Implementing the SAFE strategy for trachoma control. The Carter Center.
- Guhl, F. (2000). Progresos en la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas en Colombia. *Medicina*, 96 -105.
- Holveck, J., Ehrenberg, J., Ault, S., Rojas, R., Vásquez, J., Cerqueira, M., et al. (2007). Prevention, control, and elimination of neglected diseases in the

Americas: Pathways to integrated, inter-programmatic, inter-sectoral action for health and development. *BMC Public Health*.

Hotez, P., & al, e. (2004). Hookworm infection. *N. Engl. J. Med*, 799-807.

Hotez, P., Bottazzi, M., Franco-Paredes, C., Ault, S., & Roses-Periago, M. (2008). 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 Neglected Tropical Diseases*, e300.

Hotez, P., Molyneux, D., Fenwick, A., Kumaresan, J., Sachs, S., Sachs, J., et al. (2007). Control of neglected tropical diseases. *N Eng J Med*, 357:1018-27.

INS. (2009). Informe Epidemiológico Nacional. Bogotá D.C.: INS.

INS. (2010). Boletín Epidemiológico Semanal. Semana 52. Bogotá D.C.: INS.

Kremer, M. (2004). Worms: identifying impacts on education and health in the presence of treatment externalities. *Econometría*, 159-217.

Kvalsvig, J., & al., e. (1991). The effects of parasite infections on cognitive processes in children. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 551-568.

Lammie, P., Fenwick, A., & Utzinger, J. (2006). A blueprint for success: integration of neglected tropical disease control programmes. *Trends Parasitol*, 313-21.

Liese, B., Rosenberg, M., & Schratz, A. (2010). Programmes, partnerships, and governance for elimination and control of neglected tropical diseases. *Lancet*, 67-76.

Miller, H., Gallego, G., & Rodríguez, G. (2010). Evidencia clínica de tracoma en indígenas colombianos del departamento de Vaupés. *Biomédica*, 432-9.

Ministros de Salud de las Américas. (2007). Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Ciudad de Panamá: PAHO.

MPS, Grupo Salud Ambiental. (2011, 09 28). Ministerio de la Protección Social de Colombia. Retrieved 10 13, 2011, from Boletín Prensa 307: Colombia avanza para lograr la meta de eliminar la rabia humana transmitida por perro.

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/Paginas/Colombia-avanza-para-lograr-la-meta-de-eliminar-la-rabia-humana-transmitida-por-perro.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social; Lineamientos de Desparasitación antihelmíntica masiva, en el marco de la Estrategia de Quimioterapia Preventiva Antihelmíntica, Colombia 2013.

Ministerio de Salud y Protección Social, Guía para la adecuación sociocultural de los programas de salud pública, Documento de trabajo; Colombia 2012.

- OMS. (2008). OMS. Retrieved 10 06, 2011, from Neglected Tropical Diseases: [http://www.who.int/neglected\\_diseases/director/en/index.html](http://www.who.int/neglected_diseases/director/en/index.html)
- OPS. (2008). Plan Estratégico 2008-2012. Washington: OPS.
- OPS. (2009). Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza. Washington: OPS.
- OPS. (2011). Eliminación del tracoma en las Américas: Primera Reunión Regional de los Gerentes de Programas. Bogotá D.C.: OPS.
- OPS. (2011). Guía para el Desarrollo de Planes Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas (Borrador). Washington: OPS.
- OPS. (2011). Prevalence and intensity of infection of Soil-transmitted Helminths in LAC Countries. Washington: OPS.
- OPS-ILPES. (1989). Aspectos conceptuales y operativos del proceso de planificación en salud. Santiago de Chile: ILPES.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Control y eliminación de cinco enfermedades desatendidas en ALC. Washington: OPS.
- PAHO. (2008). Final Report: Consultation Meeting on a Trust Fund for the Prevention, Control and Elimination of Neglected and Other Infectious Diseases in Latin America and the Caribbean. Washington: PAHO.
- PAHO. (2009). Epidemiological profiles of neglected diseases and other infections related to poverty in LAC. Washington: PAHO.
- PAHO. (2010). PAHO. Retrieved 10 06, 2011, from Enfermedades Infecciosas Desatendidas: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=14686&Itemid=](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14686&Itemid=)
- PAHO. (2010). Revisión bibliográfica que soporte el desarrollo de una guía para formular planes integrados para EID. Santiago de Chile: PAHO.
- PAHO. (2011, 08 05). PAHO. Retrieved 10 06, 2011, from Programa de Enfermedades Desatendidas: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=5753&Itemid=4141](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5753&Itemid=4141).
- Patrick, J., Fenwick, A., & Utzinger, J. (2006). A blueprint for success: integration of neglected tropical disease control programmes. *Trends in Parasitology*, 313-21.
- Programa de Enfermedades Desatendidas de la OPS. (2011). Primer Taller Regional para la Formulación de Planes Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas. Abordaje integral, interprogramático e intersectorial de las enfermedades desatendidas: Una aproximación al marco conceptual. San Salvador, El Salvador: PAHO.

- Roses-Periago, M. (2008). OPS. Retrieved mayo 21, 2010, from [http://www.paho.org/spanish/d/D\\_InaugSpeech\\_F08\\_sps.htm](http://www.paho.org/spanish/d/D_InaugSpeech_F08_sps.htm)
- S, B., & al, e. (2004). Human hookworm infection in the 21st century. *Adv. Parasitol*, 197-288.
- Savioli L. (2010). World Health Organization. Retrieved mayo 17, 2010, from Neglected Tropical Disease Department: [http://www.who.int/neglected\\_diseases/director/en/index.html](http://www.who.int/neglected_diseases/director/en/index.html)
- Schneider, M., Aguilera, X., Barbosa da Silva Junior, J., Ault, S., Najera, P., & al., e. (2011). Elimination of Neglected Diseases in Latin America and the Caribbean: A Mapping of Selected Diseases. *PLoSNegITropDis*, e964.
- Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. (2007). *Enfermedad de Chagas*. Bogotá D.C.: Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.
- United Nations. (1993). Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of young child morbidity and mortality in developing countries. Geneva: UN.
- Utzinger, J., & Keiser, J. (2004). Schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis: common drugs for treatment and control. *Expert Opin. Pharmacother*, 263-285.
- WHO. (1998). Global disease elimination and eradication as public health strategies. *Bulletin of the World Health Organization* (pp. 22-25). Geneva: WHO.
- WHO. (2005). Report of the third global meeting of the partners for parasite control: deworming for health and development. Geneva: WHO.
- WHO. (2007). *Global Plan to Combat Neglected Tropical Diseases*. Ginebra: WHO.
- WHO. (2007). WHO. Retrieved 10 06, 2011, from Programmes and projects: [http://www.who.int/intestinal\\_worms/en/index.html](http://www.who.int/intestinal_worms/en/index.html)
- WHO. Department of Control of Neglected Tropical Diseases.(2006). *Preventive Chemotherapy in human helminthiasis*. Geneva: OMS.
- WHO. Unicef. (2004). How to add deworming to vitamin A distribution. Geneva: WHO.
- Ximenes, A., Medina, N., & Velasco-Cruz, A. (2001). Trachoma and ethnic diversity in the Upper Rio Negro Basin of Amazonas State, Brazil. *Ophthalmic Epidemiology*, 29-34.



# Anexos

93:

## a. Anexo 1

### Estimativo de costos del plan Revisar y ajustar de acuerdo con las observaciones

	Costo	Total	Brecha	
2013	HTS	\$ 4.276.500.000	\$ -	0%
	TRACOMA	\$ 855.000.000	\$ 100.000.000	12%
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>\$ 5.131.500.000</b>	<b>\$ 100.000.000</b>	<b>2%</b>
2014	HTS	\$ 2.657.000.000	\$ 220.000.000	8%
	TRACOMA	\$ 2.440.000.000	\$ 910.000.000	37%
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>\$ 5.097.000.000</b>	<b>\$ 1.130.000.000</b>	<b>22%</b>
2015	HTS	\$ 2.437.000.000	\$ -	0%
	TRACOMA	\$ 9.380.000.000	\$ 5.350.000.000	57%
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>\$ 11.817.000.000</b>	<b>\$ 5.350.000.000</b>	<b>45%</b>
2016	HTS	\$ 4.937.000.000	\$ -	0%
	TRACOMA	\$ 4.460.000.000	\$ 430.000.000	10%
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>\$ 9.397.000.000</b>	<b>\$ 430.000.000</b>	<b>5%</b>
2017	HTS	\$ 2.404.000.000	\$ -	0%
	TRACOMA	\$ 4.780.000.000	\$ 750.000.000	16%
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>\$ 7.184.000.000</b>	<b>\$ 750.000.000</b>	<b>10%</b>
TOTAL HTS		\$ 16.711.500.000	\$ 220.000.000,00	1%
TOTAL Tracoma		\$ 21.915.000.000	\$ 7.540.000.000	34%
TOTAL GNL 5a		\$ 38.626.500.000	\$ 7.760.000.000,00	20%

## b. Anexo 2

### Estimativo de costos del plan a cinco años desagregado por componente y por actividad

2013				2014			
Con Financiación		Sin Financiación		Con Financiación		Sin Financiación	
Actividad	Costo	Actividad	Costo	Actividad	Costo	Actividad	Costo
Encuesta	\$ 4.000.000.000						
Lineamientos	\$ 20.000.000			Mdtos	\$ 200.000.000	IEC	\$ 220.000.000
				Asistencia	\$ 50.000.000		
Formatos	\$ 7.500.000			Desparasitación	\$ 2.000.000.000		
Asistencia	\$ 50.000.000			Reunión	\$ 60.000.000		
Reunión	\$ 60.000.000			Consolidar	\$ 5.000.000		
Consolidar	\$ 5.000.000			Boletín	\$ 5.000.000		
Boletín	\$ 5.000.000			Capacitación LSP	\$ 84.000.000		
Plan centinelas	\$ 15.000.000			Chocó	\$ 33.000.000		
Capacitación LSP	\$ 84.000.000						
Guía HTS	\$ 15.000.000						
Protocolo HTS	\$ 15.000.000						
<b>Subtotal</b>	<b>\$ 4.276.500.000</b>			<b>Subtotal</b>	<b>\$ 2.437.000.000</b>	<b>Subtotal</b>	<b>\$ 220.000.000</b>
Encuesta	\$ 130.000.000	Planes frontera	\$ 100.000.000	Asistencia	\$ 25.000.000	Encuesta	\$ 300.000.000
Lineamientos	\$ 25.000.000					Lineamientos	\$ 80.000.000
Asistencia	\$ 25.000.000					Planes frontera	\$ 100.000.000
Rondas	\$ 370.000.000			Rondas	\$ 1.500.000.000	Formación	\$ 50.000.000
Boletín	\$ 5.000.000					IEC	\$ 150.000.000
Cirugías	\$ 200.000.000			Boletín	\$ 5.000.000	Material	\$ 30.000.000
						Cirugías	\$ 200.000.000
<b>Subtotal</b>	<b>\$ 755.000.000</b>	<b>Subtotal</b>	<b>\$ 100.000.000</b>	<b>Subtotal</b>	<b>\$ 1.530.000.000</b>	<b>Subtotal</b>	<b>\$ 910.000.000</b>

2015				2016			
Con Financiación		Sin Financiación		Con Financiación		Sin Financiación	
Actividad	Costo	Actividad	Costo	Actividad	Costo	Actividad	Costo
Mdts	\$ 200.000.000			Mdts	\$ 200.000.000		
Asistencia	\$ 50.000.000			Asistencia	\$ 50.000.000		
Desparasitación	\$ 2.000.000.000			Desparasitación	\$ 2.000.000.000		
Reunión	\$ 60.000.000			Reunión	\$ 60.000.000		
Consolidar	\$ 5.000.000			Consolidar	\$ 5.000.000		
Boletín	\$ 5.000.000			Boletín	\$ 5.000.000		
Capacitación LSP	\$ 84.000.000			Capacitación LSP	\$ 84.000.000		
Chocó	\$ 33.000.000			Centinelas	\$ 2.500.000.000		
				Chocó	\$ 33.000.000		
<b>Subtotal</b>	<b>\$ 2.437.000.000</b>			<b>Subtotal</b>	<b>\$ 4.937.000.000</b>		
Asistencia	\$ 25.000.000	Encuesta	\$ 5.000.000.000	Asistencia	\$ 25.000.000	Planes frontera	\$ 100.000.000
		Planes frontera	\$ 100.000.000			Monitoreo	\$ 80.000.000
Rondas	\$ 4.000.000.000	Formación	\$ 50.000.000	Rondas	\$ 4.000.000.000	Formación	\$ 50.000.000
Boletín	\$ 5.000.000	Cirugías	\$ 200.000.000	Boletín	\$ 5.000.000	Cirugías	\$ 200.000.000
<b>Subtotal</b>	<b>\$ 4.030.000.000</b>	<b>Subtotal</b>	<b>\$ 5.350.000.000</b>	<b>Subtotal</b>	<b>\$ 4.030.000.000</b>	<b>Subtotal</b>	<b>\$ 430.000.000</b>

2017			
Con Financiación		Sin Financiación	
Actividad	Costo	Actividad	Costo
Mdts	\$ 200.000.000		
Asistencia	\$ 50.000.000		
Desparasitación	\$ 2.000.000.000		
Reunión	\$ 60.000.000		
Consolidar	\$ 5.000.000		
Boletín	\$ 5.000.000		
Capacitación LSP	\$ 84.000.000		
<b>Subtotal</b>	<b>\$ 2.404.000.000</b>		
Asistencia	\$ 25.000.000	Planes frontera	\$ 100.000.000
		Monitoreo	\$ 400.000.000
Rondas	\$ 4.000.000.000	Formación	\$ 50.000.000
Boletín	\$ 5.000.000	Cirugías	\$ 200.000.000
<b>Subtotal</b>	<b>\$ 4.030.000.000</b>	<b>Subtotal</b>	<b>\$ 750.000.000</b>

### C. Anexo 3

#### Población a riesgo de padecer alguna EID

Dada la estrecha relación que presentan las EID con los DSS, situación ampliamente conocida y sustentada en el documento, la población a riesgo de padecer los eventos priorizados corresponde principalmente a las ubicadas en regiones rurales y en los cordones de miseria periurbanos; para gohelmintiasis todos los grupos etarios, principalmente la carga se concentra en los menores en edad escolar en todo el país; y

para tracoma los menores de 15 años tienen riesgo de padecer las formas activas de la enfermedad y los mayores de esa edad, formas avanzadas o crónicas, en los departamentos de la región biogeográfica que corresponde a la Amazonía y posiblemente otras áreas en las cuales su presencia se desconoce hasta la fecha.

A continuación se presenta la población desagregada por región urbana y rural, por grupo etario y por departamento; que se considera en riesgo incrementado de padecer alguna de las EID priorizadas por pertenecer a áreas con índices elevados (mayores del 20%) de NBI desagregado en el componente de servicios básicos.

Departamento	Población total (DANE 2012)			NBI desagregado Componente de Servicios		Total de Población a riesgo de EID		
	Preescolares (1-4 años)	Escolares (5-14 años)	Adultos >15 años	Urbano (C.V. %)	Rural (C.V. %)	Preescolares (1-4 años)	Escolares (5-14 años)	Adultos >15 años
Amazonas	10.296	18.654	44.749	7.67 (C.V. 13.22 ) 8.68	32.50	5.083	11.633	27.907
Antioquia	521.480	1.055.334	4.645.003	2.48 (C.V. 3.24) 2.5	9.85 (C.V. 2.28) 10.1	0	0	0
Arauca	33.044	63.078	157.443	2.72 (C.V. 15.54) 3.14	18.79 (C.V. 1.22) 19	0	0	0
Atlántico	214.494	436.841	1.722.215	9.37 (C.V. 2.86) 9.63	7.45 (C.V. 6.43) 8	0	0	0
Bogotá, D. C.	598.534	1.213.951	5.758.860	0.56 (C.V. 8.09) 0,61	5.38	0	0	0
Bolívar	206.377	412.129	1.407.067	21.91 (C.V. 1.11) 22.15	25.30 (C.V. 1.56) 25.69	38.556	96.506	412.129

Departamento	Población total (DANE 2012)			NBI desagregado Componente de Servicios		Total de Población a riesgo de EID		
	Preescolares (1-4 años)	Escolares (5-14 años)	Adultos >15 años	Urbano (C.V. %)	Rural (C.V. %)	Preescolares (1-4 años)	Escolares (5-14 años)	Adultos >15 años
Boyacá	113.561	247.719	909.853	1.20 (C.V. 8.65) 1.30	12.54 (C.V. 0.87) 12.7	0	0	0
Caldas	81.562	165.143	735.502	1.07 (C.V. 11.69) 1.19	2.42 (C.V. 6.23) 2.6	0	0	0
Caquetá	53.606	104.605	301.304	2.86 (C.V. 8.05) 3.09	31.96 (C.V. 0.86) 32.23	18.407	44.027	126.815
Casanare	35.668	71.729	230.486	2.52 (C.V. 9.34) 2.75	12.78 (C.V. 3.56) 13.23	0	0	0
Cauca	130.492	268.864	943.294	8.18 (C.V. 2.27) 8.36	19.28 (C.V. 0.88) 19.45	0	0	0
Cesar	110.417	220.094	661.073	5.83 (C.V. 3.35) 6.03	23.96 (C.V. 1.91) 24.41	23.639	58.932	177.009
Córdoba	178.846	339.283	1.114.508	11.11 (C.V. 2.50) 11.38	10.64 (C.V. 3.82) 11.04	0	0	0
Cundinamarca	236.124	474.229	1.847.270	1.78 (C.V. 8.12) 1.92	7.86 (C.V. 1.11) 8.5	0	0	0
Chocó	66.206	122.470	296.867	79.42 (C.V. 0,68) 80	61.83	U=25.789 R=26.909 T=52.698	U=59.933 R=62.537 T=122.470	U=145.278 R=151.589 T=296.867
Guainía	66.206	9.890	24.596	22.281	52.54	2.778	6.833	16.993
Guaviare	14.113	26.205	66.068	0.94 (C.V. 6,73) 1.03	32.42	4.931	11.442	28.848

Departamento	Población total (DANE 2012)			NBI desagregado Componente de Servicios		Total de Población a riesgo de EID		
	Preesco- lares (1-4 años)	Escolares (5-14 años)	Adultos >15 años	Urbano (C.V. %)	Rural (C.V. %)	Preesco- lares (1-4 años)	Escolares (5-14 años)	Adultos >15 años
Huila	113.076	227.470	771.401	2.64 (C.V. 8.40) 2.86	16.03 (C.V. 2.05) 16.36	0	0	0
La Guajira	120.269	202.841	551.422	16.71 (C.V. 2.27) 17.08	28.45 (C.V. 0.11) 28.5	43.379	92.092	250.353
Magdalena	138.813	280.625	804.437	17.18 (C.V. 2,18) 17.55	13.99 (C.V. 2.50) 14.34	0	0	0
Meta	91.309	176.530	638.966	1.86 (C.V. 16.91) 2.17	11.99 (C.V. 1.34) 12.5	0	0	0
Nariño	163.527	334.441	1.182.827	9.08 (C.V. 2.72) 9.33	18.17 (C.V. 0.32) 18.23	0	0	0
Norte de Stder.	127.022	266.336	927.419	2.71 (C.V. 5.61) 2.86	24.91 (C.V. 1.34) 25.24	22.552	59.274	206.400
Putumayo	39.357	77.994	215.896	6.45 (C.V. 3.72) 6.7	26.67	16.612	41.277	114.259
Quindío	45.979	92.840	417.017	1.17 (C.V. 9.98) 1.3	0.33 (C.V. 19.37) 0.4	0	0	0
Risaralda	76.491	156.633	702.786	0.73 (C.V. 9.87) 0.8	4.81 (C.V. 5.22) 5.06	0	0	0
San Andrés	6.353	12.960	55.228	41.77 (C.V. 4.68) 43.7	3.19 (C.V. 20,45) 3.84	3.640	9.306	39.656

Departamento	Población total (DANE 2012)			NBI desagregado Componente de Servicios		Total de Población a riesgo de EID		
	Preescolares (1-4 años)	Escolares (5-14 años)	Adultos >15 años	Urbano (C.V. %)	Rural (C.V. %)	Preescolares (1-4 años)	Escolares (5-14 años)	Adultos >15 años
Santander	168.591	169.608	1.511.475	2.18 (C.V. 6.15) 2.31	10.92 (C.V. 1.40) 11.1	0	0	0
Sucre	84.076	169.171	573.533	16.79 (C.V. 2.75) 17.3	6.78 (C.V. 4,21) 7.06	0	0	0
Tolima	128.699	267.422	999.917	1.43 (C.V. 7.98) 1.54	14.84 (C.V. 1.61) 15.1	0	0	0
Valle del Cauca	362.123	737.415	3.374.831	2.18 (C.V. 4.62) 2.3	2.75 (C.V. 2,64) 2.82	0	0	0
Vaupés	5.967	10.717	25.708	12.12	64	2.958	6.698	16.067
Vichada	9.589	17.519	39.809	6.46 (C.V. 8.10) 7	61.95	4.463	10.231	23.248

Cada departamento deberá afinar el cálculo de su población a riesgo según las EID presentes en su territorio y con base en este ejercicio realizar el cálculo de la población meta de las interven-

ciones de abordaje integral. Este afinamiento se debe hacer con el levantamiento de líneas de base propias cuando esto proceda o con la extrapolación de las líneas de base nacionales.



IMPRENTA  
NACIONAL  
DE COLOMBIA

Carrera 66 No. 24-09  
Tel.: (571) 4578000  
[www.imprenta.gov.co](http://www.imprenta.gov.co)  
Bogotá, D. C., Colombia