



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



Revista Epidemiológica



La Paz - Bolivia
2015

Elaboración:

Dra. Alison Paredes Torrez	Responsable del Centro Nacional de Enlace
Dra. America Hidalgo Sánchez	Responsable del Programa de Emergencias y Desastres
Dr. Omar Flores Velasco	Responsable del Programa de Malaria
Lic. Carla Romero Pérez	Responsable del Programa de Dengue
Dra. Gilda Fernandez Morilla	Responsable del Programa de Leishmaniasis
Dra. Ana Gabriela Herrera	Responsable del Programa de Chagas
Dra. Carola Valencia Rivero	Responsable del Programa de VIH/SIDA
Dr. Dennis Mosqueira Salas	Responsable del Programa de Tuberculosis
Dr. Americo Maldonado	Responsable de los Programas de Lepra –Cólera/ETAS
Dr. Grover Paredes Martínez	Responsable de los Programas de Zoonosis – Ofidios
Dra. Susana Solano	Responsable del Programa del Programa Ampliado de Inmunización
Dra. Karol Dick Quiróz Gutierrez	Responsable del Programa de Enf. No Transmisibles
Dr. Martín Morales Figueredo	Responsable de los Programas Roedores – Influenza

Diseño y Sistematización

Dr. Alejandro Sánchez Bustamante R	Profesional Técnico
Tec. Marco Antonio Rocha	Técnico Estadístico del CNE
Ing. Carlos Ayala	Estadístico PNCT
Ing. Dafner Velkys Perez Uría	Georeferenciación del CNE

Revisión:

Dr. Rodolfo Rocabado Benavides	Jefe de la Unidad de Epidemiología
Dr. Omar Flores Velasco	Responsable del Programa de Malaria
Dra. Alison Paredes Torrez	Responsable del Centro Nacional de Enlace
Dra. Sdenka Maury Fernandez	Profesional Técnico del CNE
Dr. Alejandro Sánchez Bustamante R	Profesional Técnico del Programa de Chagas
Tec. Marco Antonio Rocha V.	Técnico Estadístico del CNE

La Paz: Dirección General de Servicios de Salud - Unidad de Epidemiología - Centro Nacional de Enlace,
Ministerio de Salud - 2015

© Ministerio de Salud 2015

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia, se autoriza su reproducción, total o parcial a condición de citar fuente y propiedad sin alterar la información.

Impreso en Servicios Gráficos Integrales Victoria

Diagramación: Floyd

La Paz - Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD

Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD

Dra. Carla Parada Barba
VICEMINISTRA DE SALUD Y PROMOCIÓN

Sr. Alberto Camaqui Mendoza
**VICEMINISTRO DE MEDICINA TRADICIONAL E
INTERCULTURALIDAD**

Dr. Eddy Calvimontes Antezana
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Rodolfo Rocabado Benavides
JEFE UNIDAD NACIONAL EPIDEMIOLOGÍA

EDITORIAL

La Jefatura Nacional de Epidemiología mediante sus programas ha sistematizado información relevante acerca de la ocurrencia de diferentes eventos de salud pública sujetos a vigilancia epidemiológica, enfermedades vectoriales, infecto-contagiosas, inmunoprevenibles, zoonóticas, no transmisibles y gestión de riesgos. Esta información nos permite presentar un perfil epidemiológico basado en la notificación de casos, de los 9 departamentos del país.

La Jefatura Nacional de Epidemiología en el marco de sus competencias dentro del Ministerio de Salud se permite presentar el documento “Revista Epidemiológica”, documento especializado que resume la frecuencia de presentación de casos de los eventos bajo vigilancia epidemiológica en el territorio nacional, identificando los de mayor riesgo.

El propósito de la presente publicación es brindar información acerca de la ocurrencia de enfermedades en los diferentes departamentos, estratificar zonas de riesgo por su endemicidad, conocer el perfil epidemiológico y apoyar la planificación operativa en los diferentes departamentos y municipios.

El documento está dirigido a todos los trabajadores de salud en los diferentes niveles del sistema que participan de la vigilancia epidemiológica en el país, así como a los funcionarios tomadores de decisiones en los diferentes niveles del sistema.

Con la publicación del presente documento, se espera brindar información al público en general, retroalimentando a todos los niveles administrativos y operativos del sistema de salud que participa de la vigilancia y respuesta ante eventos de riesgo a la salud pública, así como, dar a conocer las actividades de fortalecimiento del sistema de vigilancia y respuesta de la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud.

MISIÓN

El Ministerio de Salud es la institución encargada de formular políticas, normar y regular el que hacer en salud, sus acciones son integrales, promoviendo la investigación y el desarrollo de tecnologías, cuenta con un sistema de información confiable, accesible y amigable para la oportuna toma de decisiones que permitan brindar servicios de calidad.

VISIÓN

El Ministerio de Salud consolida su rectoría en materia de salud en el país, cuenta con recursos humanos altamente capacitados y con compromiso social, dispone de un sistema de información que responde a los requerimientos de los usuarios, las inversiones en salud son crecientes y sostenibles, manteniendo racionalidad, transparencia y eficiencia en el uso de los recursos, desarrollando procesos oportunos y efectivos, mejorando permanentemente la salud de la población.

Contenido

Centro Nacional de Enlace.....	15
Programa Nacional de Control y Atención de Desastres.....	21
Programa Nacional de Control de la Malaria.....	27
Programa Nacional de Prevención y Control de Dengue.....	31
Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Leishmaniasis.....	37
Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Enfermedad de Chagas.....	43
Programa Ampliado de Inmunización (PAI).....	49
Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles.....	53
Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.....	57
Programa Nacional de Control de Tuberculosis.....	67
Programa Nacional de Vigilancia de Colera /ETAs.....	73
Programa Nacional de Zoonosis.....	77
Programa Nacional de Vigilancia y Control de Accidentes por Ofidios y Animales Ponzoñosos.....	81
Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Influenza.....	85
Programa Nacional de Enfermedades Transmitidas por Roedores.....	89
Programa Nacional de Enfermedades Emergentes y Re-emergentes.....	95



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



Contenido por Programa



Centro Nacional de Enlace



I. ANTECEDENTES

El Estado Plurinacional de Bolivia como miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) aprobado en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2005, el mismo entró en vigor a partir de junio de 2007. La globalización, la presencia de enfermedades emergentes y re-emergentes, los cambios en determinantes de salud, las brechas de inequidades y los efectos a la salud pública de eventos químicos y radioactivos entre otros, llevaron a efectuar la revisión del contenido del Reglamento Sanitario Internacional, vigente desde 1969, dando lugar a la versión actual. El Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) es un instrumento jurídico internacional de carácter vinculante para 194 estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene como objetivos:

- 1) Limitar la propagación internacional de epidemias y otras emergencias de salud pública,
- 2) Incrementar la seguridad sanitaria nacional, regional y global,
- 3) Minimizar interferencias a los viajes, comercio y economías.

El 14 de Noviembre de 2007 se creó el Centro Nacional de Enlace (CNE) en el Estado Plurinacional de Bolivia, mediante la Resolución Ministerial N° 0942 en la que se establece al CNE como instancia de comunicación oficial sobre eventos que pudieran constituir un riesgo a la salud pública de importancia nacional o internacional. Posteriormente, el 15 de septiembre de 2011 de acuerdo a Resolución Ministerial N° 1135 se autorizó al Centro Nacional de Enlace a realizar el monitoreo del desarrollo de las capacidades nacionales, departamentales y de puntos de entrada en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) en Bolivia, además de constituirse en la instancia nacional oficial para la recepción y comunicación de notificaciones sobre eventos de riesgo a la salud pública. De acuerdo al reglamento se define Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) como un “Evento extraordinario que constituye riesgo para la salud pública para otros Estados mediante la propagación internacional de enfermedades y que requiere una respuesta internacional coordinada” y sólo puede ser declarada por la OMS.

Los eventos de riesgo a la salud pública pueden ser de origen biológico (enfermedades, armas biológicas), abarcando un espectro más amplio de amenazas potenciales, como los eventos químicos o los relacionados con energía nuclear (accidentales o incidentales), considerando que en el presente contexto pueden incidir significativamente en la salud humana. Estas ponen a prueba de forma constante a los sistemas de control sanitario mundial, determinando la necesidad de fortalecer las redes de vigilancia existentes, dotándolas de los recursos y capacidades básicas necesarias para que funcionen con eficacia. Por lo que el RSI 2005 en su Artículo 5° establece que “Cada Estado parte desarrollará, reforzará y mantendrá, lo antes posible, pero a más tardar 5 años después de la fecha de entrada en vigor del presente reglamento, la capacidad de detectar, evaluar y notificar eventos de conformidad con el reglamento, y presentar informes sobre ellos, según lo previsto en el Anexo 1”. Dichas capacidades aportan un marco de trabajo hacia el mantenimiento de la denominada “seguridad sanitaria internacional”.

Con objeto de evaluar el proceso de implementación de las “capacidades básicas”, los Estados Miembros comenzaron a desarrollar sistemas de evaluación sanitaria específicos. En la gestión 2008, el bloque regional MERCOSUR creó un instrumento de evaluación propio para ser utilizado por los países que lo integran. En 2009, la OMS elaboró y consolidó un instrumento general dirigido a todos sus Estados Miembros. Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de estos instrumentos de evaluación ayudaron a los países a manifestar los avances y diseñar planes de acción específicos destinados a cumplir con las metas establecidas.



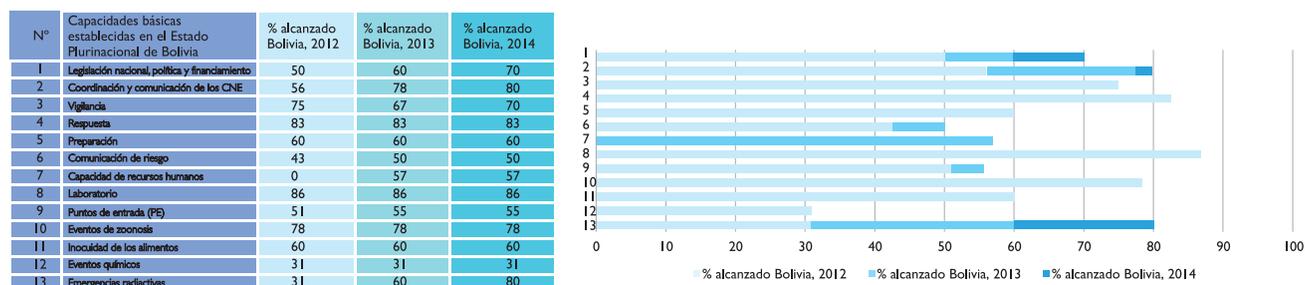
El instrumento elaborado por MERCOSUR fue acordado por sus miembros en concordancia con el Artículo N° 57 del RSI, el cual sostiene que “Sin perjuicio de las obligaciones que contraen en virtud del presente reglamento, los Estados Partes que sean miembros de una organización de integración económica regional aplicarán en sus relaciones mutuas las normas comunes en vigor en esa organización de integración económica regional”. Sin embargo, el instrumento de la OMS contiene los indicadores oficiales mediante los cuales se mide el progreso del desarrollo de dichas capacidades y bajo los cuales se elaboran los informes oficiales que son presentados anualmente ante la Asamblea Mundial de la Salud.

Según lo dispuesto en los Artículos N° 5 y N° 13 del RSI 2005 y de acuerdo a los resultados del Monitoreo de Avances con la herramienta MERCOSUR y OMS, el Estado Plurinacional de Bolivia, solicitó la segunda prórroga hasta Junio de 2016 con el objeto de concluir el proceso de implementación de las capacidades de vigilancia y respuesta no sólo como un compromiso internacional sino como estrategia de seguridad nacional.

2. CAPACIDADES BÁSICAS DE VIGILANCIA Y RESPUESTA, 2012 - 2014

A continuación, en el Gráfico N° 1, se presentan los avances en el desarrollo de las capacidades de vigilancia y respuesta en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) en el Estado Plurinacional de Bolivia, del 2012 a 2014:

Gráfico N° 1 - Avance en el proceso de implementación de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta RSI 2005 Bolivia, 2012-2014



Fuente: Informes de avances de los Equipos técnicos del Ministerio de Salud e Intersector encargados de las capacidades, Centro Nacional de Enlace - Unidad de Epidemiología, gestión 2012 - 2014.

2.1. VIGILANCIA

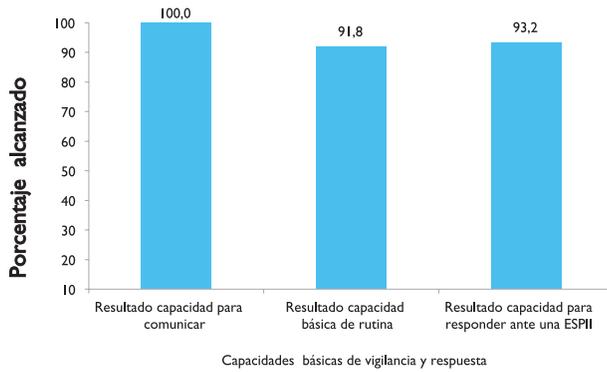
Desde el año 2010, se reactivó el Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica, instancia oficial para realizar el análisis de la información en salud y toma de decisiones, adicionalmente el comité será una instancia encargada del monitoreo y evaluación de avances realizados en la implementación de capacidades básicas de vigilancia y respuesta. El Comité está conformado por el Jefe de la Unidad de Epidemiología presidiendo el mismo, los programas de la Unidad de Epidemiología, representantes del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) y Coordinación Nacional de Laboratorios (CONALAB), con la incorporación circunstancial de otros componentes del Ministerio de Salud u otras instituciones que se requiera. Para prevención y control de eventos que puedan constituir un riesgo a la salud pública. (Capacidades N° 2,3,4,5)

Adicionalmente, la Unidad Nacional de Epidemiología estableció la alianza estratégica con el Programa de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, MiSalud - SAFCI, para implementar capacidades de vigilancia y respuesta a nivel local en este contexto se desarrollará la normativa y guías operativas para la vigilancia garantizando el componente comunitario. (Capacidad N° 3)

Se capacitó a personal de Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y de nivel local (Gerencias de Red y Establecimientos de Salud) en epidemiología básica con la metodología y contenidos de los Módulos para Prevención y Control de Enfermedades (MOPECE) (Capacidad N° 7).

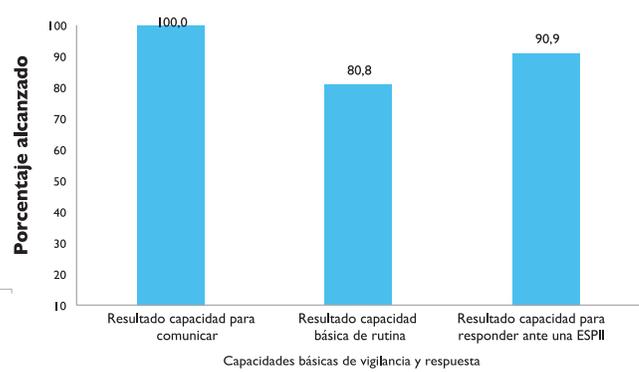
Como parte de la Vigilancia de Eventos que corresponde al Centro Nacional de Enlace, se realizaron notificaciones, comunicaciones y consultas correspondientes a instituciones del intersector, SEDES, personal de puntos de entrada y al punto focal para el RSI de la OPS/OMS, relacionadas a eventos de origen biológico, químico y emergencias radioactivas, adicionalmente se elaboran Partes Epidemiológicas semanales con información epidemiológica actualizada y análisis epidemiológico de los eventos bajo vigilancia.

Gráfico N° 2 - Evaluación de capacidades básicas en Aeropuerto Internacional Viru Viru, Santa Cruz, 2014



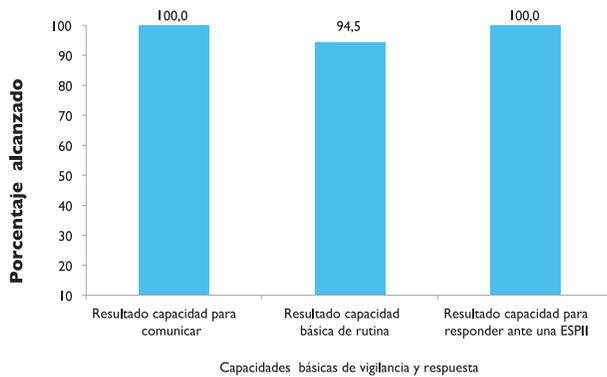
Fuente: Informe de Avances Aeropuerto Internacional Viru Viru; SABSA Nacionalizada; SEDES Santa Cruz; Centro Nacional de Enlace – Unidad de Epidemiología

Gráfico N° 3 - Evaluación de capacidades básicas en Aeropuerto Internacional Jorge Wilstermann, Cochabamba, 2014



Fuente: Informe de Avances Aeropuerto Internacional Jorge Wilstermann; SABSA Nacionalizada; SEDES CBBA; Centro Nacional de Enlace – Unidad de Epidemiología

Gráfico N° 4 - Evaluación de capacidades básicas en Aeropuerto Internacional El Alto, La Paz, 2014



Fuente: Informe de Avances Aeropuerto Internacional El Alto; SABSA Nacionalizada; SEDES La Paz; Centro Nacional de Enlace – Unidad de Epidemiología

Ante la declaración de Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por la epidemia de Enfermedad por el Virus de Ébola (EVE) la Unidad de Epidemiología en la gestión 2014 coordinó con instituciones del Intersector con el fin de desarrollar estrategias para la vigilancia y respuesta en puntos de entrada. Así mismo se socializó con estas instituciones el Plan Nacional estableciendo competencias en la respuesta ante el riesgo de introducción del virus de Ébola en territorio boliviano.

Adicionalmente, se realizaron simulacros y simulaciones de mesa en puntos de entrada aéreos designados para poner a prueba la capacidad de respuesta, la coordinación y sensibilizar a las autoridades de la importancia del desarrollo de estas capacidades en puntos de entrada.

2.3. EVENTOS QUÍMICOS

En la gestión 2014 se llevó a cabo un Taller Nacional, en el cual se elaboró la lista preliminar de especialistas para responder ante incidentes químicos. Adicionalmente, se conformó el Comité Nacional para iniciar la elaboración del Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante eventos de origen químico.

Actualmente el Ministerio de Medio Ambiente y Agua (MMAyA) a través de PRONACOPs (Programa Nacional de Contaminantes Orgánicos Persistentes) elabora la lista de centros de acopio y almacenamiento de Contaminantes Orgánicos Persistentes, lo cual contribuye al desarrollo de esta capacidad.

De acuerdo al equipo intersectorial encargado del desarrollo de capacidades de vigilancia y respuesta ante eventos químicos es importante la participación protagónica del Ministerio de Medio Ambiente y Agua (MMAyA) en el desarrollo de esta capacidad.

2.4. MARCO LEGAL Y ADMINISTRATIVO

El 2014, por gestiones del Organismo Andino de Salud/ Convenio Hipólito Unanue (ORAS/CONHU) un perito en el área jurídica realizó un diagnóstico del estado jurídico, cuya finalidad fue la de revisar la regulación existente en el Estado Plurinacional de Bolivia en materia de salud, protección social, sanidad animal, migraciones, comercio de productos y animales, transporte aéreo y terrestre, etc. Se verificó si éstos facilitan u obstaculizan la implementación del RSI 2005, elaborándose una propuesta de estrategias para facilitar la implementación considerando el marco jurídico.

También se elaboró y publicó el Documento Técnico-Normativo “**Norma del Centro Nacional y Centros Departamentales de Enlace**”, documento que incluye las funciones y procedimientos atribuidos al Centro Nacional de Enlace y Centros Departamentales de Enlace para su cumplimiento a nivel nacional, el mismo fue socializado con los equipos departamentales, instituciones del intersector y aliados estratégicos.

2.5. EMERGENCIAS RADIOACTIVAS

En coordinación con el IBTEN y Ministerio de Gobierno, se realizó la evaluación de escenarios para la definición de hospitales de Referencia en Respuesta a Emergencias Radiológicas con el apoyo de un experto del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA).

2.6. FORTALECIMIENTO DE RECURSOS HUMANOS

En coordinación con el Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, se realizaron capacitaciones en epidemiología básica y respuesta a emergencias de salud pública dirigido a equipos binacionales de frontera Perú – Bolivia y Chile-Bolivia, capacitando a médicos ELAM y SAFCI de los pasos fronterizos terrestres.

Para fortalecer las capacidades 12 y 13 prescritas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), se organizó junto al Ministerio de Gobierno y el intersector correspondiente los cursos de Sistema de Comando de Incidentes para primera respuesta a incidentes con materiales peligrosos y emergencias radiológicas.

2.7. PUNTOS DE ENTRADA AÉREOS

En la gestión 2014 se implementó la Cartilla Sanitaria, un instrumento que tiene por objeto captar a personas enfermas durante el vuelo, contribuyendo a reducir el riesgo de propagación de enfermedades y conteniendo un evento de potencial riesgo a la salud pública. Esta cartilla se encuentra en el bolsillo del asiento delantero en Aerolíneas Nacionales para información de cada pasajero.

En la cara anterior de la Cartilla Sanitaria se encuentran los signos y síntomas de riesgo (considerando como marcador importante al síntoma de fiebre). En la cara posterior se establece el flujo de comunicación para la atención inmediata en el caso de que se requiera.



NORMA NACIONAL DE FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO NACIONAL Y CENTROS DEPARTAMENTALES DE ENLACE

Serie: Documentos Técnicos Normativos

La Paz - Bolivia
2014

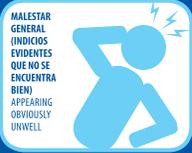



CARTILLA SANITARIA

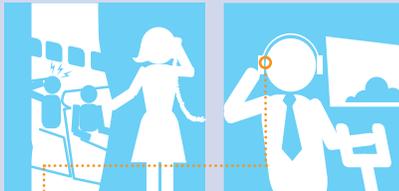
REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL - RSI

SI USTED PADECE FIEBRE ACOMPAÑADA DE UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES SIGNOS O SÍNTOMAS, NO SE ALARME Y POR FAVOR INFORME AL PERSONAL DE LA AERONAVE

IF YOU HAVE FEVER ASSOCIATED WITH ONE OR MORE OF THE FOLLOWING SIGNS OR SYMPTOMS, PLEASE CONTACT THE CABIN CREWMEMBERS

 FIEBRE FEVER	 MALESTAR GENERAL INDICIOS EVIDENTES QUE NO SE ENCUENTRA BIEN APPEARING OBVIOUSLY UNWELL
 TOS PERSISTENTE PERSISTENT COUGHING	 DIFICULTAD RESPIRATORIA IMPAIRED BREATHING
 ERUPCIONES CUTÁNEAS SKIN RASH	 HEMATOMAS O SANGRADO SIN LESIÓN PREVIA BRUISING OR BLEEDING WITHOUT PREVIOUS INJURY
 VÓMITOS PERSISTENTES PERSISTENT VOMITING	 DIARREA PERSISTENTE PERSISTENT DIARRHEA

SEGURIDAD SANITARIA EN VIAJES Y TRANSPORTE



- UNA VEZ QUE USTED INFORME SOBRE SU ESTADO DE SALUD, EL PERSONAL DE TRIPULACIÓN DE CABINA COMUNICARÁ LA SITUACIÓN AL PILOTO DE LA AERONAVE.
THE FLIGHT CREW OF THE AIRCRAFT SHALL, UPON RECEIVING YOUR REPORT ON BOARD OF THE AIRCRAFT, PROMPTLY NOTIFY THE PILOT ON COMMAND.
- EL PILOTO SE COMUNICARÁ CON LA TORRE DE CONTROL LA CUAL SE COMUNICARÁ CON EL PERSONAL MÉDICO DE LAS INSTALACIONES AEROPORTUARIAS PARA QUE USTED SEA ATENDIDO INMEDIATAMENTE AL ARRIBO DE LA AERONAVE.
THE PILOT IN COMMAND OF AIRCRAFT SHALL INFORM AIR TRAFFIC CONTROL, AND, THEM TO THE COMPETENT HEALTH AUTHORITY FOR YOU TO BE ATTENDED UPON THE AIRCRAFT ARRIVAL.
- EL PERSONAL MÉDICO DE LAS INSTALACIONES AEROPORTUARIAS LE BRINDARÁN LA ATENCIÓN ADECUADA E INMEDIATA PARA EVITAR RIESGOS PARA SU SALUD.
MEDICAL STAFF OF AIRPORT FACILITIES WILL PROVIDE ADEQUATE AND IMMEDIATE HEALTH MEASURES RECOMMENDED TO AVOID HEALTH RISKS.

GRACIAS POR AYUDARNOS A PROTEGER SU SALUD
THANK YOU FOR HELPING US TO PROTECT YOUR HEALTH

AL TERMINAR DE LEER ESTA TARJETA, FAVOR DEJAR EN LA BOLSA DEL ASIENTO, PARA QUE PUEDA SER LEÍDA POR NUESTRO PRÓXIMO PASAJERO.

 [ministerio de salud, bolivia](#)
 [@minaludbolivia](#)
 [minaludbolivia](#)




Cartilla Sanitaria para uso en aeronaves nacionales

2.8. DESAFÍOS – GESTIÓN 2015

- Se continuará con el fortalecimiento de las acciones de vigilancia de eventos y respuesta ante situaciones de riesgo potencial a la salud pública.
- Continuar con el monitoreo del desarrollo de capacidades básicas de vigilancia y respuesta en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005).
- Como parte del fortalecimiento de Recursos Humanos se desarrollarán estrategias de capacitación del personal a nivel nacional y departamental en epidemiología de campo.
- Se realizará el monitoreo del cumplimiento de la Norma Nacional de procedimientos y funciones de Centros Departamentales de Enlace en Servicios Departamentales de Salud.
- Se continuará con la articulación intersectorial y coordinación con el sector salud para que los equipos responsables del desarrollo de las capacidades de vigilancia y respuesta puedan alcanzar los compromisos asumidos en el marco del Reglamento Sanitario Internacional hasta junio de 2016.

Programa Nacional de Control y Atención de Desastres



El Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Control y Atención de Desastres dependiente de la Unidad de Epidemiología tiene como misión ser rector y operador de la gestión de riesgo ante desastres, encargada de regular, adecuar, articular e implementar políticas en salud en coordinación con otros ministerios y brindar apoyo técnico-logístico, a nivel nacional.

I. ANTECEDENTES

En los meses de septiembre a marzo, se inicia la temporada lluviosa en la región de la cuenca amazónica, cuenca de la Plata de Bolivia, período que dura hasta el mes de abril, aproximadamente, del año siguiente.

La intensidad de las lluvias, y la consecuente saturación de los suelos, junto a la elevación del nivel de las aguas en los ríos existentes en la zona, configuran un panorama que podría ser de grandes consecuencias para los departamentos La Paz, Pando, Beni, Santa Cruz y Cochabamba.

“A nivel nacional se cuenta con normas y políticas, encargadas de fortalecer la atención de las emergencias y/o desastres, dentro de las que se destacan: LEY N°602. DS - 2342 GESTION DE RIESGO DECRETADA EL 14 DE NOVIEMBRE DEL 2014”

21

2. ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y ATENCIÓN DE DESASTRES GESTION 2014.

Dentro de las actividades sobresalientes realizadas en la presente gestión se menciona las siguientes:

- 1) *Atención médica en los departamentos afectados por los fenómenos de la inundación*
- 2) *Conformación de los equipos de respuesta rápida del Ministerio de Salud*
- 3) *Capacitación a los equipos de respuesta rápida del Ministerio de salud*
- 4) *Simulacro binacional Perú y Bolivia dentro del Marco del ORAS CONHU*

1) Atención médica en los departamentos afectados por los fenómenos de la inundación

El fenómeno de la inundación afectó principalmente a la zona amazónica del país, conformado por los departamentos (Beni, Cochabamba, Pando, Santa Cruz y La Paz), quienes reportaron zonas afectadas por las inundaciones. El Programa Nacional de Control y Atención de Desastres, dentro de las atribuciones que le confirieron la declaratoria de desastres naturales pronunciado por el Presidente del Estado plurinacional de Bolivia y las Resoluciones Ministeriales por parte del Ministerio de Salud, brindaron un escenario donde se realizó el envío de médicos brigadista con el objeto de dar continuidad a la atención médica en estos escenarios.

Tabla N° I- Brigadas Médicas Movilizadas en Inundaciones 2014 Territorio Boliviano

Evento Suscitado - Gestión	Familias Afectadas	Total de Atenciones	Médicos desplazados
Evento Adverso 2012	776	NA	NA
Conflicto Social centro de rehabilitación Palmasola - 2013	NA	70	40
Conflicto Social-Eradicación de la Coca APOLO - 2013	60	200	11
Nevado prov.Quime - 2013	25	80	9
Inundación por Desastres Naturales -2014	4802	111367	515

NA: Datos no Disponibles.

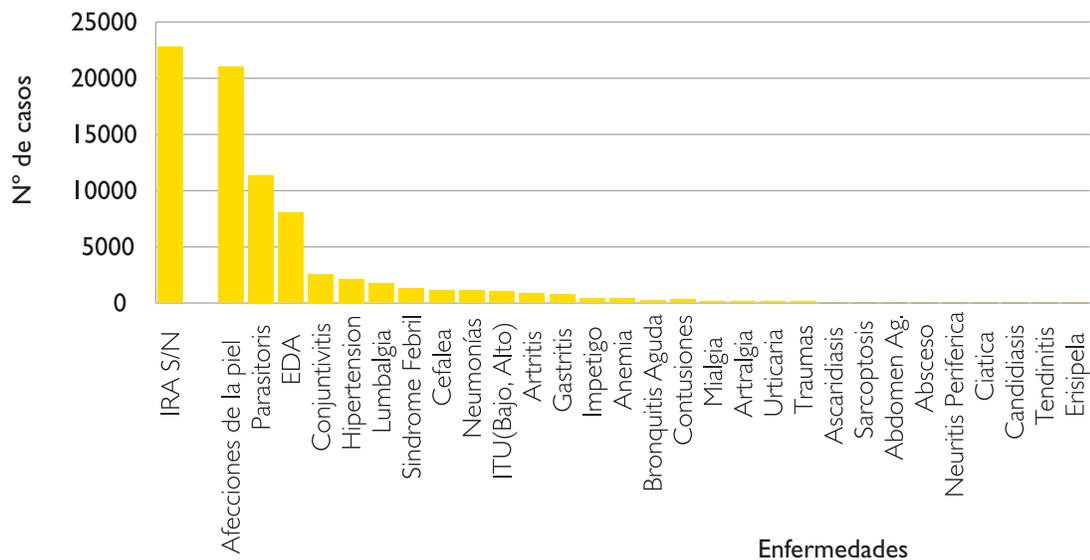
Fuente: Programa Nacional de Control y Atención de Desastres / Unidad de Epidemiología

Equipamiento y Medicamentos de las Brigadas



Perfil Epidemiológico

Gráfico N° I- Casos atendidos por brigadas de salud Enfermedades trazadoras Bolivia, 2014



Fuente: Programa Nacional de Control y Atención de Desastres / Unidad de Epidemiología

Atenciones médicas

En los municipios afectados por Desastres Naturales Inundaciones (Beni, Norte de La Paz, Santa Cruz, Cochabamba, Pando)



2) Conformación y Capacitación de los Equipos de Respuesta Rápida del Ministerio de Salud

El Programa Nacional de Control y Atención de Desastres realizó la conformación de los Equipos de Respuesta Rápida –Min.Salud, con 90 médicos distribuidos en los 9 departamentos.

Prueba Psicológica
Departamento de Tarija



Prueba Física
Departamento de Oruro



3) Capacitación a los equipos de respuesta rápida del Ministerio de Salud en sobrevivencia, departamento de Tarija, Potosi y Oruro



4) Simulacro binacional Perú y Bolivia dentro del marco del ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE (ORAS CONHU)

El Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia y el Ministerio de Salud de Perú realizaron un simulacro Binacional para evaluar los mecanismos de preparación, atención y asistencia mutua frente a los eventos adversos que puedan presentarse en la zona de frontera.

COMUNIDAD DE HUANCOLLO DEL DISTRITO DE DESAGUADERO



3. LOGROS DEL 2014

- Atención médica a familias damnificadas en los departamentos y municipios que fueron afectados por los desbordes de ríos que provocaron inundaciones en La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Beni y Pando logrando 111.367 atenciones con el despliegue de 249 brigada con 522 médicos.
- Conformación de los Equipos de Respuesta Rápida del Ministerio de Salud.
- Fortalecimiento del programa con la adquisición de insumos y medicamentos con un valor de Bs. 1.200.000.
- Simulacro binacional entre Perú y Bolivia dentro del marco del ORAS/CONHU.

4. DESAFÍOS 2015

- Fortalecimiento técnico, equipamiento, capacitación continua a los Equipos de Respuesta Rápida departamental y nacional.
- Fortalecimiento técnico a médicos Mi Salud para respuesta inmediata ante eventos adversos.
- Activación de los Equipos de Respuesta Rápida departamental en los respectivos SEDES.
- Seguimiento, fortalecimiento y funcionalidad de los Comités Operativos de Emergencia en Salud a Nivel nacional, departamental y municipal.
- Elaboración del EDAN informático en salud (Evaluación de Daños Análisis en Salud)
- Construcción de estrategias frente a la variabilidad climática/cambio climático, incluidas en los Planes de Preparativos y Respuesta en Salud ante desastres.
- Elaboración del Sistema de Alerta Temprana a nivel nacional en coordinación con los intersectores.
- Implementación y aplicación de la Política Nacional de Establecimientos de Salud Seguros ante Desastres.

Programa Nacional de Control de la Malaria

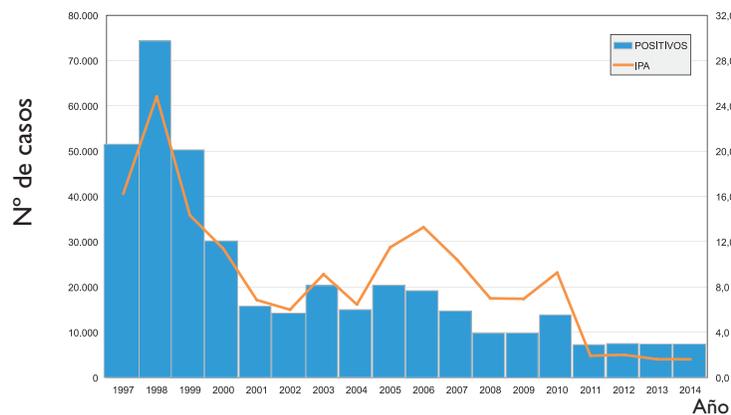


I. ANTECEDENTES

La situación actual de la malaria en Bolivia muestra un importante avance, esto se refleja en los diferentes indicadores malariométricos, pero fundamentalmente en la disminución sostenida del número de casos en los últimos años. El Programa Nacional de Malaria ha registrado la mayor epidemia de malaria en el territorio nacional en 1998, con 74.350 casos, 27 muertes y una incidencia parasitaria anual (IPA) de alto riesgo, de 28 casos por cada mil habitantes; donde el 56,7% correspondía a la Amazonía, con una tasa de incidencia parasitaria anual entre 83,3 a 423,7 por cada mil habitantes expuestos, rango de verdadera hiperendemia y de forma paulatina se a logrado un descenso hasta el año 2014, donde se registraron 7.401 casos; es decir, una reducción de casos de malaria del 90% a nivel nacional.

2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

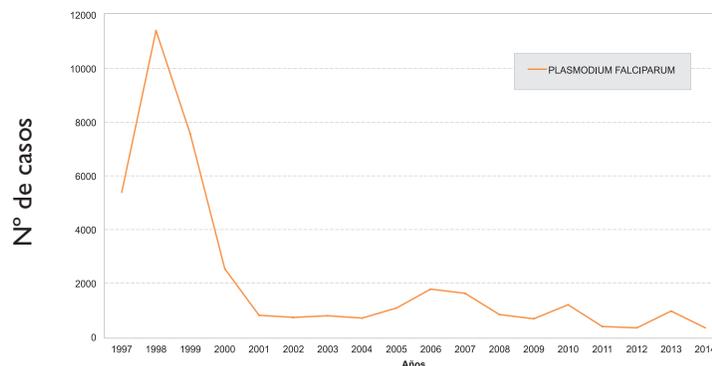
Gráfico N° I- Evolución Histórica de la Malaria, Bolivia, 1997 - 2014



Fuente: Programa Nacional de Control de la Malaria / Unidad de Epidemiología

Los casos positivos para el 2014 son de 7401, manteniéndose con una cifra similar respecto al año anterior.

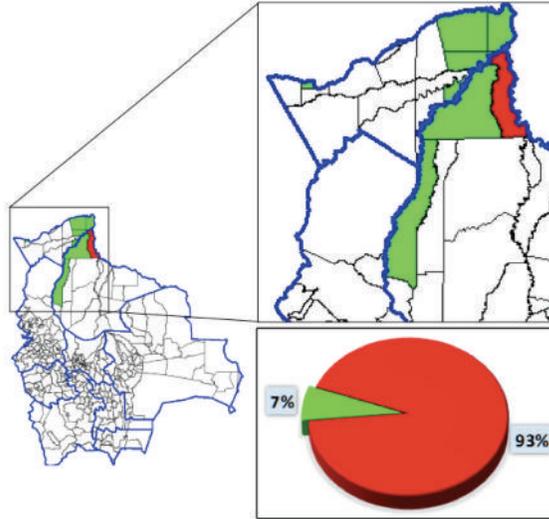
Gráfico N° 2 - Comportamiento de la Malaria por Casos de Plasmodium Falciparum Bolivia, 1997 - 2014



Fuente: Programa Nacional de Control de la Malaria / Unidad de Epidemiología

Los casos positivos por Plasmodium Falciparum para el 2014 son de 325 casos, disminuyendo un 65% respecto al año anterior.

Mapa N° 1 - Casos positivos de malaria por Plasmodium Falciparum, Bolivia, 2014

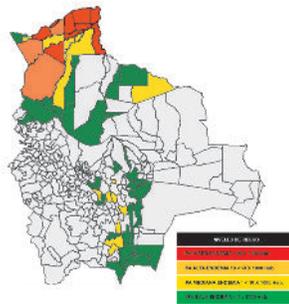


Fuente: Programa Nacional de Control de la Malaria / Unidad de Epidemiología

Los focos endémicos, fueron tres, en el municipio de Guayaramerín con el 90%, Riberalta con el 2% (Beni), Santos Mercado con el 2% (Pando), los casos reportados en otros municipios han sido esporádicos y en diferentes comunidades.

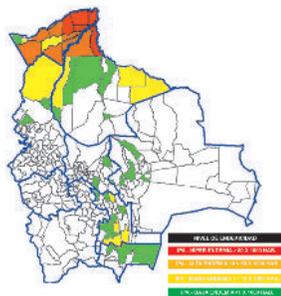
Clasificación de municipios por endemicidad, Bolivia, 2013

Mapa N° 2 Situación epidemiológica de la Malaria por municipios de infección, Bolivia 2013



DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ENDEMICIDAD
Pando	Santos Mercado (Eureka)	Hiper Endemia
Pando	Nueva Esperanza (Nuevo Manoa)	Hiper Endemia
Pando	Villa Nueva (Loma Alta)	Hiper Endemia
Pando	Bolívar (Sena)	Hiper Endemia
Pando	Ingavi (Humaita)	Hiper Endemia
Beni	Guayaramerín	Hiper Endemia
Pando	Bella Flor (Costa Rica)	Hiper Endemia
Pando	San Pablo (San Pedro)	Hiper Endemia
La Paz	Ixiamas	Alta Endemia
Pando	Santa Rosa del Abunß (Nacebe)	Alta Endemia
Pando	Arroyo Grande (Filadelfia)	Alta Endemia

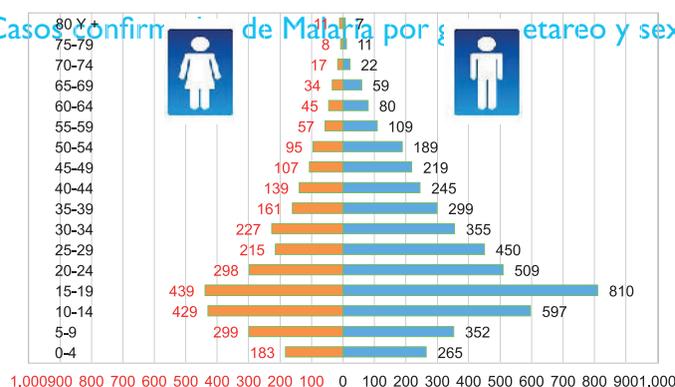
Mapa N° 3 Incidencia parasitaria anual por municipios de infección Malaria, Bolivia 2014



REGIONAL	MUNICIPIO	ENDEMICIDAD
GUAYARAMERIN	GUAYARAMERIN	HIPER ENDEMI
PANDO	INGAVI	HIPER ENDEMI
PANDO	NUEVA ESPERANZA	HIPER ENDEMI
PANDO	SANTOS MERCADO	HIPER ENDEMI
PANDO	VILLANUEVA (LOMA ALTA)	HIPER ENDEMI
PANDO	BELLA FLOR	ALTA ENDEMI
PANDO	RIBALTA	ALTA ENDEMI
PANDO	PURTOCELAZOMORNO	ALTA ENDEMI
PANDO	SAN LORENZO	ALTA ENDEMI
PANDO	SAN PEDRO	ALTA ENDEMI
PANDO	SANTA ROSA DEL ABUNß	ALTA ENDEMI
PANDO	SENA	ALTA ENDEMI
RIBERLTA	RIBERLTA	ALTA ENDEMI

Fuente: Programa Nacional de Control de la Malaria / Unidad de Epidemiología

Gráfico N° 3 - Casos confirmados de Malaria por edad y sexo, Bolivia 2013



Fuente: Programa Nacional de Control de la Malaria / Unidad de Epidemiología

Gráfico N° 4 - Casos notificados por especie parasitaria por Programa Regional de Malaria, Bolivia 2013

PROGRAMA REGIONAL MALARIA	POBLACION INE	POBLACION AREA EN RIESGO DE MALARIA	MUESTRAS HEMATICAS		ESPECIE PARASITARIA			INDICADORES		
			EXAMINADAS	CASOS POSITIVOS	P. VIVAX	P. FALCIPARUM	MIXTA	I.A.E.S. X 100	I.L.P. X 100	I.P.A. X 1000
RIBERALTA(a)	89.003	89.003	21.928	1.547	1.537	9	1	24,6	7,1	17,4
GUAYARAMERIN (a)	41.775	41.775	25.869	3.897	2.949	920	28	61,9	15,1	93,3
ITENEZ (b)	21.353	17.242	3.157	50	50	0	0	18,3	1,6	2,9
RESTO-BENI	269.065	200.542	3.107	64	58	2	4	1,5	2,1	0,3
BENI	421.196	348.562	54.061	5.558	4.594	931	33	15,5	10,3	15,9
PANDO	110.436	102.507	28.335	1.342	1.315	23	4	27,6	4,7	13,1
AMAZONIA	531.632	451.069	82.396	6.900	5.909	954	37	18,3	8,4	15,3
COCHABAMBA	1.758.143	700.497	337	13	11	2	0	0,0	3,9	0,0
CHUQUISACA	576.453	373.459	18.012	79	79	0	0	4,8	0,4	0,2
LA PAZ	2.706.359	880.407	4.533	197	194	3	0	0,5	4,3	0,2
ORURO	494.178	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
SANTA CRUZ	2.655.084	1.700.986	15.060	53	53	0	0	0,9	0,4	0,0
TARIJA	482.196	431.927	20.021	97	97	0	0	4,6	0,5	0,2
POTOSI	823.517	10.870	3.716	3	3	0	0	34,2	0,1	0,3
RESTO PAIS	9.495.930	4.098.146	61.679	442	437	5	0	1,5	0,7	0,1
TOTAL GENERAL	10.027.562	4.549.215	144.075	7.342	6.346	959	37	3,2	5,1	1,6

Fuente: Programa Nacional de Control de la Malaria / Unidad de Epidemiología

Gráfico N° 5 - Casos notificados por especie parasitaria por Programa Regional de Malaria, Bolivia, 2014

PROGRAMA REGIONAL MALARIA	POBLACION INE	POBLACION AREA EN RIESGO DE MALARIA	MUESTRAS HEMATICAS		ESPECIE PARASITARIA			INDICADORES		
			EXAMINADAS	CASOS POSITIVOS	P. VIVAX	P. FALCIPARUM	MIXTA	I.A.E.S. X 100	I.L.P. X 100	I.P.A. X 1000
RIBERALTA(a)	89.003	89.003	26.590	2.137	2.119	10	8	29,9	8,0	24,0
GUAYARAMERIN (a)	41.775	41.775	21.592	3.240	2.932	304	4	51,7	15,0	77,6
ITENEZ (b)	21.353	17.242	1.934	38	38	0	0	11,2	2,0	2,2
RESTO-BENI	269.065	200.542	535	119	114	3	2	0,3	22,2	0,6
BENI	421.196	348.562	50.651	5.534	5.203	317	14	14,5	10,9	15,9
PANDO	110.436	102.507	25.786	1.588	1.586	1	1	25,2	6,2	15,5
AMAZONIA	531.632	451.069	76.437	7.122	6.789	318	15	16,9	9,3	15,8
COCHABAMBA	1.758.143	700.497	376	20	17	3	0	0,1	5,3	0,0
CHUQUISACA	576.453	373.459	11.358	150	150	0	0	3,0	1,3	0,4
LA PAZ	2.706.359	880.407	1.392	9	9	0	0	0,2	0,6	0,0
ORURO	494.178	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
SANTA CRUZ	2.655.084	1.700.986	14.588	32	28	3	1	0,9	0,2	0,0
TARIJA	482.196	431.927	19.607	68	67	1	0	4,5	0,3	0,2
POTOSI	823.517	10.870	1.142	0	0	0	0	10,5	0,0	0,0
RESTO PAIS	9.495.930	4.098.146	48.463	279	271	7	1	1,2	0,6	0,1
TOTAL GENERAL	10.027.562	4.549.215	124.900	7.401	7.060	325	16	2,7	5,9	1,6

Fuente: Programa Nacional de Control de la Malaria / Unidad de Epidemiología



3. Logros 2014

- Se realizó la intervención en rociado residual intradomiciliario, aplicando el nuevo insecticida Bendiocarb, en la ciudad de Guayaramerin, a barrios aledaños al Arroyo de las Arenas.
- Se consiguió la máxima calificación (A1-supera las expectativas) en la implementación del Proyecto Bolivia Libre de Malaria financiado por el Fondo Mundial.
- Se realizó la Evaluación del PNCM (Reunión Amazónica)
- Se elaboró el Plan Estratégico Institucional de Malaria, hallándose en etapa de validación.
- Población con acceso gratuito, oportuno e inmediato para:
 - *El diagnóstico*, mediante el abastecimiento a las regionales de malaria con insumos de laboratorio y personal capacitado.
 - *El tratamiento*, mediante la disponibilidad en las regionales de esquemas de tratamiento para Malaria Falciparum y Malaria Vivax.
 - *Prevención de la enfermedad*, mediante la dotación de insecticidas para el rociado residual intradomiciliario en las regionales.
 - *Prevención de la enfermedad*, mediante la dotación y distribución de mosquiteros impregnados con insecticidas a la población en zona de riesgo.

4. Retos 2015

- Elaboración de una nota conceptual para acceder a financiamiento del Fondo Mundial para los próximos cinco años.
- Implementación del Plan Estratégico Institucional de Malaria 2015-2019.
- Se cumplirá el Objetivo de Desarrollo de Milenio (ODM).

Programa Nacional de Prevención y Control de Dengue



I. ANTECEDENTES

En Bolivia, el dengue constituye un problema de salud pública en la zona urbanizada de los departamentos que tienen clima tropical, donde periódicamente se presentan brotes epidémicos en época de lluvias.

El Programa Nacional de Prevención y Control de Dengue (PNPCD) del Ministerio de Salud hace frente a la enfermedad a través de una Estrategia Integrada de Prevención y Control promovida a nivel de las Américas y basada en la gestión y desarrollo de actividades dentro de 6 componentes; vigilancia epidemiológica, manejo integrado de vectores, atención al paciente, laboratorio, saneamiento ambiental, comunicación y participación social (Figura 1).

Figura 1: Estrategia de Gestión Integrada de Prevención y Control del Dengue – EGI-Dengue-Bolivia.

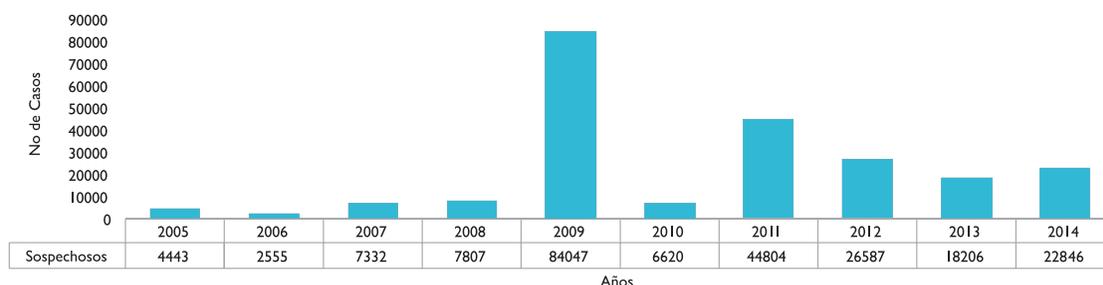


Fuente: EGI – DENGUE OPS/OMS, editado por el PNPCD / Unidad de Epidemiología

2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Gráfico N° 1 - Tendencia secular de casos sospechosos de Dengue, Bolivia, 2005 – 2014

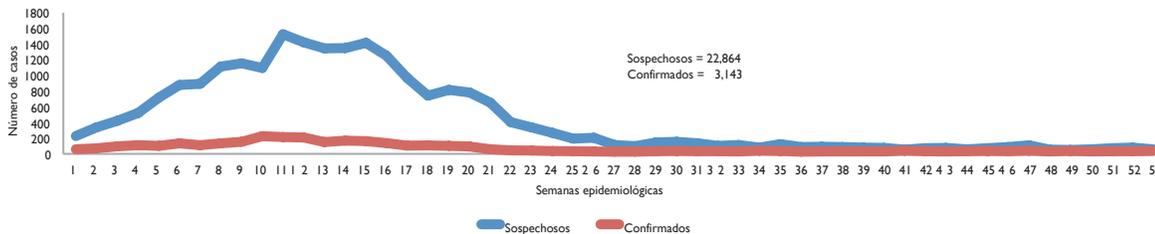
Entre 2005 al 2014, nuestro país ha sufrido varios brotes de dengue siendo el 2009 el año en el que se reportaron el mayor número de casos de dengue en el país (Gráfico 1).



Fuente: Programa Nacional de Dengue / Unidad de Epidemiología

Durante la gestión 2014 (SE I - SE 53) se han reportado 22.846 casos con sospecha, de los cuales 3.143 han sido confirmados por laboratorio en los municipios endémicos de dengue del país, siendo desde la SE 10 hasta la SE 16 donde se observa el pico con el mayor número de casos reportados durante el 2014 (Gráfico 2).

Gráfico N° 2 - Número de casos sospechosos y confirmados por semana epidemiológica Bolivia, 2014.

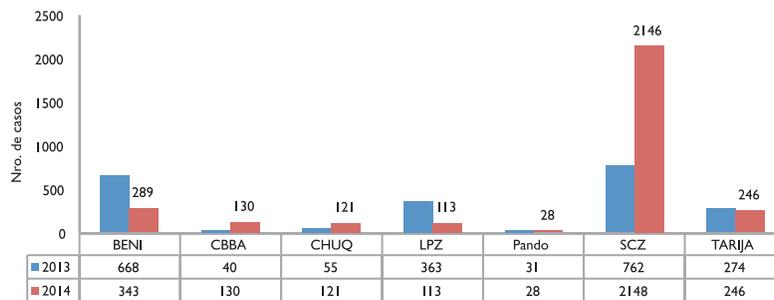


Fuente: Programa Nacional de Dengue / Unidad de Epidemiología

El reporte de casos confirmados por departamento indica que el departamento de Santa Cruz reporta el 70% (2148) de los casos a nivel nacional, seguido del departamento de Beni con 9% (343 casos) y el departamento de Tarija con 8% (246 casos).

Comparando la gestión 2013 – 2014, se observa que durante la gestión 2014 el departamento de Santa Cruz reporta un incremento de casos del 179% mas que la gestión 2013, asimismo, los departamentos de Cochabamba y Chuquisaca reportan un incremento de 217% y 120% mas que la gestión anterior respectivamente. Sin embargo, los departamentos de Beni, La Paz y Tarija reportan una disminución en el reporte de casos de la gestión 2013 a la gestión 2014 (Gráfico 3).

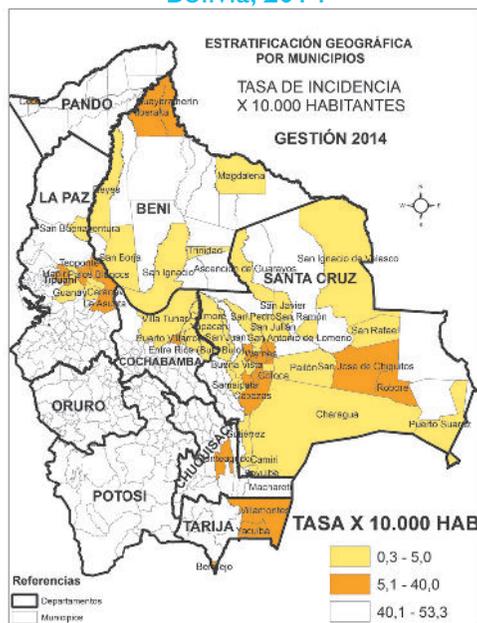
Gráfico N° 3 - Número de casos confirmados por Dengue, Bolivia, 2013 - 2014



Fuente: Programa Nacional de Dengue / Unidad de Epidemiología

La mayor tasa de incidencia de Dengue se reporta en los municipios de Machareti en el departamento de Chuquisaca y los municipios de La Asunta y Tipuani en el departamento de La Paz (Mapa 1).

Mapa N° 1 - Estratificación de riesgo por municipios según tasa de incidencia de Dengue Bolivia, 2014

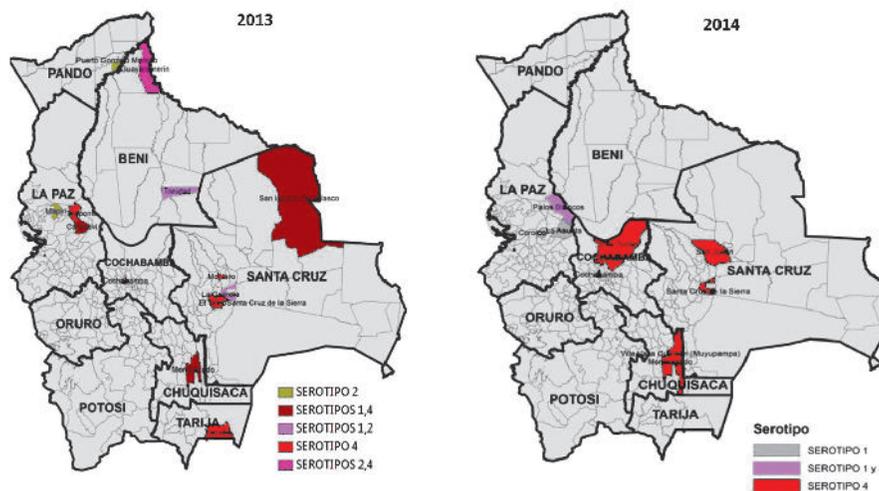


Fuente: Programa Nacional de Dengue / Unidad de Epidemiología

Respecto a los serotipos circulantes durante la gestión 2013 y 2014, se observa la circulación del serotipo 4 en los municipios del tropico de Cochabamba, Santa Cruz y Chuquisaca, y en los municipios del norte de La Paz se observa la circulación de los serotipos 1, 4 y el 2 en menor proporción (Mapa 2 y 3).

Mapas N° 2 y 3 - Distribución de serotipos circulantes por municipios endémicos de Dengue

Bolivia, 2013 - 2014



Fuente: Programa Nacional de Dengue / Unidad de Epidemiología

3. INDICADORES OBTENIDOS

Tabla I- Indicadores de resultado en el marco de 5 componentes de la EGI- dengue Bolivia 2014

COMPONENTE	INDICADORES DE RESULTADO
ATENCIÓN AL PACIENTE	300 médicos de establecimientos de salud de 1er y 2do nivel de 6 municipios de los departamentos de Tarija y Beni, capacitados en manejo de protocolo de atención al paciente con Dengue. Boletín Informativo sobre atención de pacientes con Enfermedad por Virus de la Chikungunya elaborado, publicado y socializado a más de 2.000 médicos de establecimientos de salud de 1er y 2do nivel de los municipios endémicos del país.
MANEJO INTEGRADO DE VECTORES	78.166 viviendas intervenidas mensualmente durante 4 meses con la aplicación del biolarvicida en 17 municipios endémicos de Dengue, de los departamentos de Beni, Pando, Cochabamba, Santa Cruz, Tarija y Chuquisaca. Determinación del índice de infestación mensual en municipios priorizados del país.
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	4 brotes de Dengue controlados en crisis (Trinidad, Yacuiba, Riberalta, Tropicó de Cochabamba). 3.076 casos confirmados por laboratorio y 22.846 notificados por sospecha de Dengue.
COMUNICACIÓN SOCIAL	2.903 niños de 6to de primaria de 46 establecimientos educativos de 6 departamentos endémicos del país, capacitados en replicación de mensajes claves. 1.000 vendedoras de mercados de 5 municipios endémicos del país, capacitadas en la prevención de Dengue desde sus hogares. 200 mototaxistas de los municipios de Riberalta y Guayaramerín del departamento del Beni, capacitados en la prevención de Dengue.
LABORATORIO	Laboratorios de los municipios de Guayaramerín, San Borja y San Buenaventura implementados con la dotación de Mac - Elisa, reactivos e insumos para el diagnóstico de Dengue.

Foto I-4: Actividades desarrolladas durante la gestión 2014 en el marco de los componentes de la Estrategia de Gestión Integrada de Prevención y Control de Dengue.



Foto 1: Aplicación de Biolarvicida fortalecimiento el componente de manejo integrado de vectores.



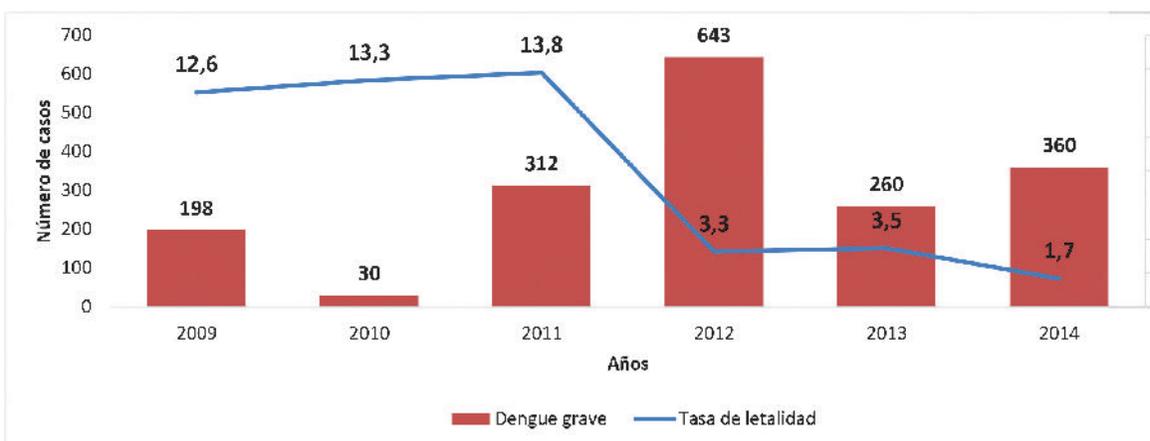
Foto 2: Implementación de 3 laboratorios de referencia con equipos e insumos para el diagnóstico de Dengue.



Foto 3 y 4: Capacitación a estudiantes y vendedoras ambulantes respectivamente en más de 10 municipios endémicos de Dengue del país.

Dentro del indicador de impacto obtenido, se observa la reducción de la tasa de letalidad por Dengue de 3,5 % en la gestión 2013 a 1,7% durante la gestión 2014 (Gráfico 4).

Gráfico N° 4 - Tasa de letalidad de Dengue, Bolivia, 2009 - 2014.



Fuente: Programa Nacional de Dengue / Unidad de Epidemiología

4. Logros

- Se ha elaborado la Guía Nacional para el Manejo de la Enfermedad por el Virus de la Chikungunya en el marco de las actividades de preparación y respuesta ante el posible ingreso del virus al país.
- Se han aplicado 116.539 unidades de biolarvicida, protegiendo hasta la fecha a 421.095 habitantes de los municipios de Caranavi en el departamento de La Paz, Villamontes y Yacuiba en el departamento de Tarija, Villa Tunari, Entre Ríos, Chimore, Shinaota, Ivirgarzama en el departamento de Cochabamba, Montero y El Torno en el departamento de Santa Cruz, Cobija en el departamento de Pando, Riberalta y Guayaramerin en el departamento de Beni.
- Se gestionó con FOREDES (Fortalecimiento a las Redes de Salud) la compra de 50 equipos de termonebulización para el bloqueo de foco (casos sospechosos y confirmados de Dengue) fortaleciendo a los municipios endémicos de dengue, en una primera fase con 13 equipos a los municipios del norte de La Paz.
- En el componente de comunicación y promoción de la salud para la prevención del Dengue se ha capacitado a más de 3000 estudiantes de 6to grado de primaria de los municipios endémicos de Dengue de los departamentos de Beni, Pando, Cochabamba, norte de La Paz y Santa Cruz, en el manejo y replicación de mensajes claros de prevención del dengue «eliminar, retirar, voltear y tapar recipientes que acumulan agua».
- Más de 8 municipios empoderados con la ejecución de actividades de prevención de Dengue (Yacuiba, Villamontes, Bermejo, Montero, Yapacani, Warnes, Ivirgarzama, Chimore) a través de la contratación de recurso humano y movilización de la población para campañas de limpieza.
- Se Gestionó el control de calidad a los laboratorios de la Red Nacional de Laboratorios de Dengue del país a través del CENETROP.
- Gestión de recursos con el proyecto ECHO para la implementación de 3 nuevos laboratorios de diagnóstico de Dengue a través de Mac- Elisa, en los municipios de San Borja, Guayaramerín y San Buenaventura.

5. Desafíos 2015

- Implementar la estrategia EGI-Dengue Bolivia en forma eficiente y efectiva en toda la zona endémica del país.
- Mantener por debajo de 18.000 los casos sospechosos de Dengue y reducir su tasa de mortalidad en el país a menos de 0,1% respecto a la gestión 2013.
- Incrementar el área de intervención con la aplicación de larvicidas biológicos a más de 300.000 viviendas de 15 municipios endémicos del país con participación activa de aliados estratégicos y en coordinación con el personal contratado en el marco del “Plan Patujú”.
- Incorporar en la currícula de educación escolar y en la currícula de las normales de educación superior de los departamentos y municipios endémicos de Dengue el tema de prevención.
- Trabajar en forma coordinada con las universidades del área endémica de Dengue del país para la elaboración de proyectos de asistencia dentro del componente de participación social y educación para la vida, en el marco de la Prevención y Control del Dengue.
- Elaborar la normativa de manejo de las estrategias de control vectorial y aplicación de insecticidas para el respaldo de los programas regionales.
- Actualizar la guía de atención al paciente con Dengue “Publicación 153”.
- Garantizar que todos los servicios de salud cumplan con la norma vigente para el manejo de los pacientes con Dengue.
- Elaborar la estrategia de comunicación acorde a las costumbres y hábitos de la población del área endémica de Dengue del país.

Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Leishmaniasis



I. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

En los últimos 32 años (1983–2014), se registraron en el país aproximadamente 52.244 casos de Leishmaniasis en sus diferentes formas clínicas, siendo la cutánea la más frecuente con 92%, la mucosa 8% y la visceral, que no supera el 0,2%.



Leishmaniasis Cutánea



Leishmaniasis Mucosa

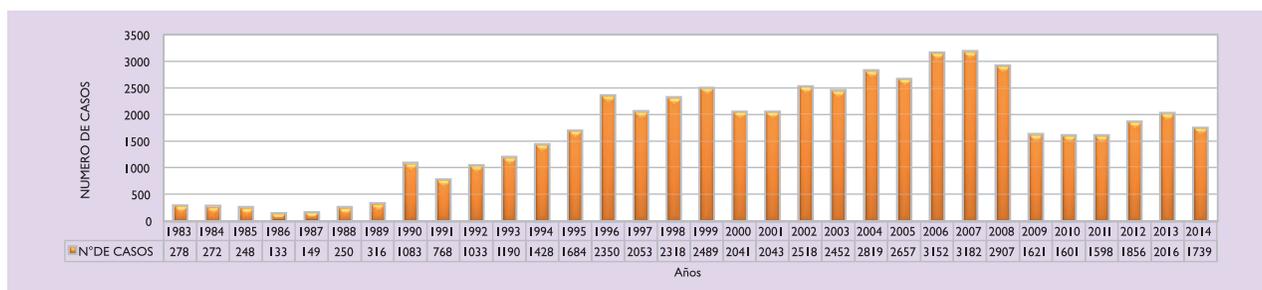


Leishmaniasis Visceral

A partir de la gestión 1983 la evolución de la Leishmaniasis en Bolivia, inició con la notificación de pocos casos existiendo un sub registro hasta la gestión 1989, para luego aumentar hasta el 2004, a partir del 2006, estas cifras aún fueron subiendo, gracias a las actividades de búsqueda activa de casos y acceso al tratamiento gratuito, para luego desde la gestión 2009 contar con una reducción de casos, debido al fortalecimiento de las medidas preventivas y de promoción para la asistencia médica oportuna y gratuita, como se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico N°. I - Tendencia de Leishmaniasis,

Bolivia, 1983 - 2014



Fuente: Programa Nacional de Leishmaniasis / Unidad de Epidemiología

Tabla N° I - Casos de Leishmaniasis, Bolivia, 2012 - 2014

GESTIÓN	No. DE CASOS DE LEISHMANIASIS
2012	1856
2013	2016
2014	1739

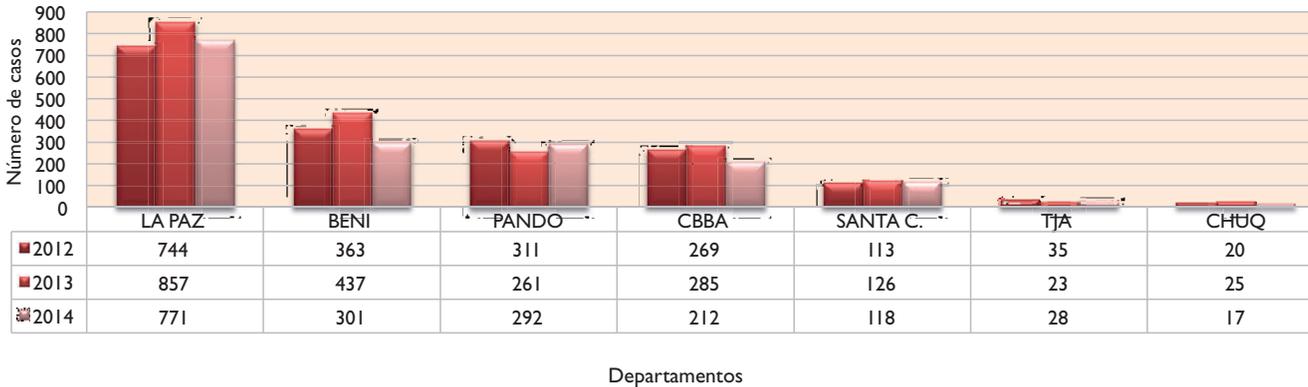
Fuente: Programa Nacional de Leishmaniasis / Unidad de Epidemiología

En la actualidad se reportan casos de Leishmaniasis en 7 departamentos (Pando, Beni, Santa Cruz, La Paz, Cochabamba, Chuquisaca y Tarija), situación que nos hace calificar esta enfermedad de prioridad nacional.

Los gráficos No. 2 y 3 muestran que en los últimos 3 años, el departamento de La Paz (44%) ha reportado mayor cantidad de casos, seguido del departamento de Beni y Pando (17% cada uno) y Cochabamba (12%).

Gráfico N° 2 - Casos de Leishmaniasis por departamento

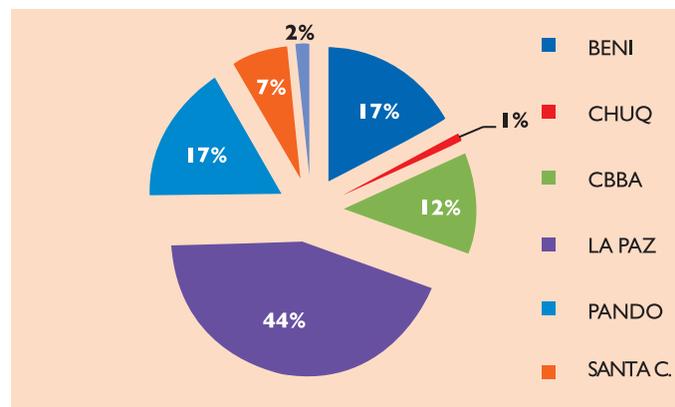
Bolivia, 2012 - 2014



Fuente: Programa Nacional de Leishmaniasis / Unidad de Epidemiología

Gráfico N° 3 - Proporción de casos de Leishmaniasis por departamento

Bolivia, 2014

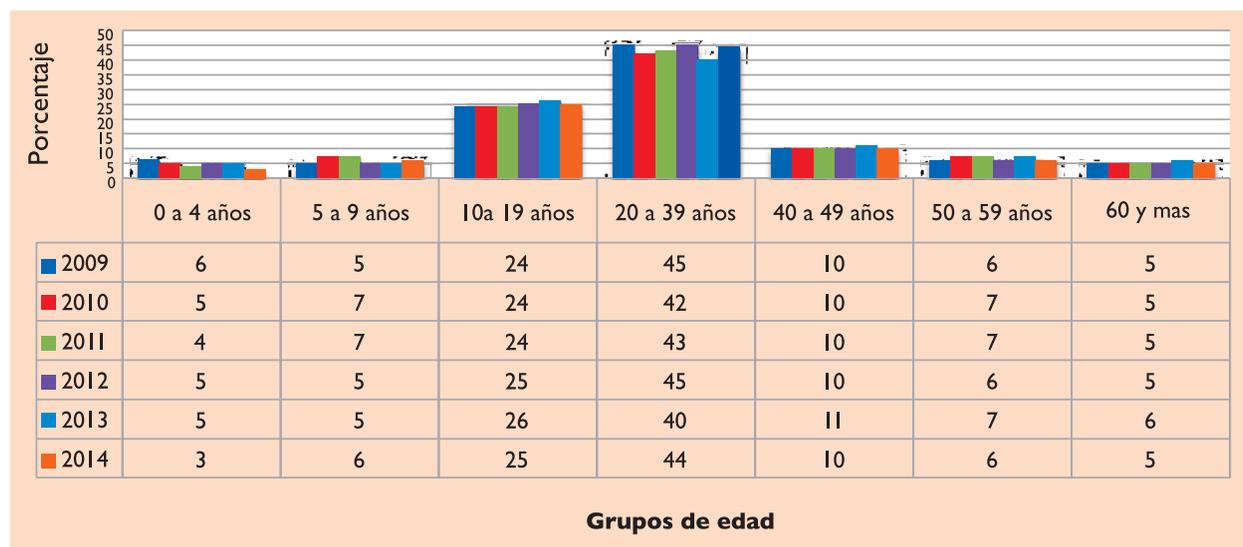


Fuente: Programa Nacional de Leishmaniasis / Unidad de Epidemiología

En los siguientes gráficos, se observa que el promedio de edad más afectada con Leishmaniasis es la comprendida entre 20 a 39 años con un 43 % del total de los casos de Leishmaniasis, así mismo se evidencia que la población entre 10 a 19 años también están afectados significativamente representando el 25% del total de los casos, debido a que familias enteras entran al monte a su jornal diario, inclusive llevando consigo a sus niños menores de 10 años que representa el 10% del total de casos.

Gráfico N° 4 - Proporción de casos de Leishmaniasis según grupo de edad

Bolivia, 2009 - 2014

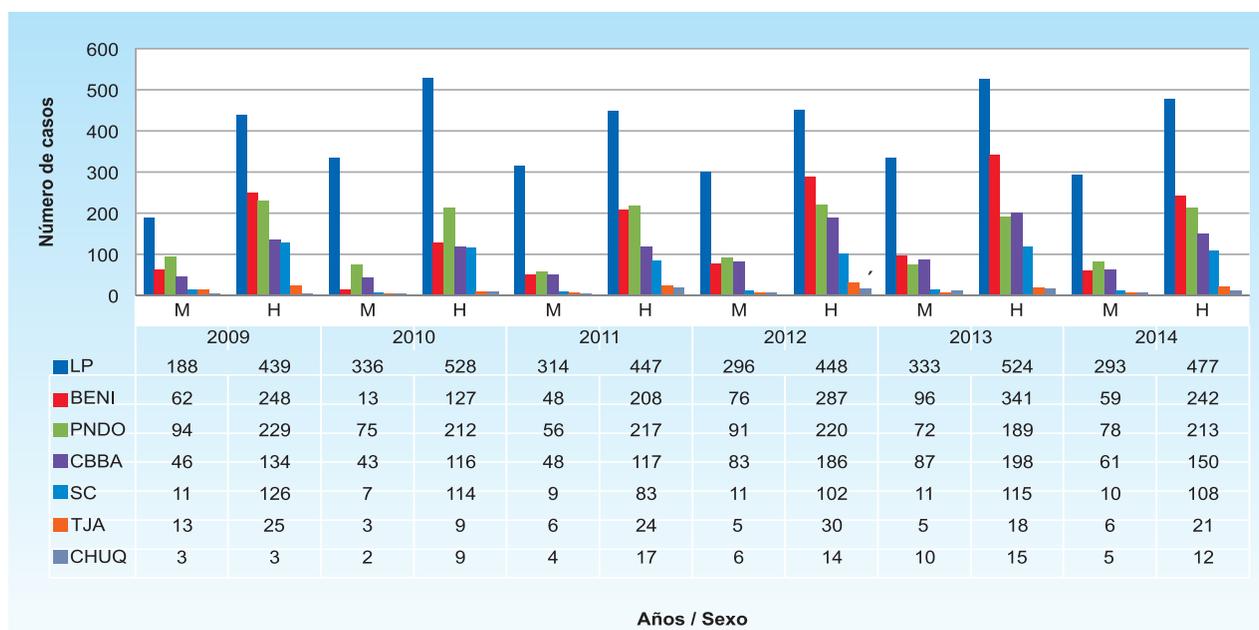


Fuente: Programa Nacional de Leishmaniasis / Unidad de Epidemiología

Así mismo, se observa en el gráfico N°. 5, que en los últimos 6 años, la población más afectada con Leishmaniasis, es la del sexo masculino en un 70% con relación al sexo femenino de 30%.

Gráfico N° 5 - Casos de Leishmaniasis según sexo y departamento

Bolivia, 2009 - 2014



Fuente: Programa Nacional de Leishmaniasis / Unidad de Epidemiología

La tabla N°. 2, muestra que en los departamentos no todos los municipios están afectados con esta enfermedad, a excepción de Pando donde la mayoría de sus municipios reportan casos.

Tabla N° 2 - Casos de Leishmaniasis por municipio

Bolivia, 2012 - 2014

DEPARTAMENTOS	TOTAL MUNICIPIOS EXISTENTES	MUNICIPIOS QUE REPORTAN CASOS DE LEISH.	AÑO 2012		AÑO 2013		AÑO 2014	
			Casos Leish.	Porcentaje	Casos Leish.	Porcentaje	Casos Leish.	Porcentaje
LA PAZ	87	26	743	40%	855	42%	771	44%
BENI	19	11	363	20%	437	22%	301	17%
PANDO	15	15	311	17%	261	13%	292	17%
COCHABAMBA	47	32	272	15%	285	14%	212	12%
SANTA CRUZ	56	1	113	6%	126	6%	118	7%
TARIJA	11	5	34	1%	23	1%	28	2%
CHUQUISACA	29	5	20	1%	25	1%	17	1%
TOTAL	264	95	1856	100%	2016	100%	1739	100%

Fuente: Programa Nacional de Leishmaniasis / Unidad de Epidemiología

2. LOGROS ALCANZADOS

- Fortalecimiento de las capacidades técnicas y operativas en vigilancia epidemiológica, diagnóstico y tratamiento de Leishmaniasis e personal de salud de los municipios de Palos Blancos, Caranavi, Filadelfia, Porvenir, Trinidad, Riberalta y Guayaramerín.



- Determinación de la Tasa de Infestación de Leishmaniasis intradomiciliario en un 12%, peridomiciliario 16% y extradomiciliario en un 72% en la localidad de Carrasco del Municipio de Caranavi del Departamento de La Paz.
- Se ha reducido los casos de Leishmaniasis en un 14% con respecto a la gestión 2013.
- El 58% de los pacientes con Leishmaniasis, culminaron su tratamiento.



3. DESAFÍOS PARA EL 2015

- Implementación del sistema de manejo de la información de Leishmaniasis a nivel nacional con análisis de calidad de dato.
- Implementación de la Norma Nacional y Manual de Procedimientos Técnicos de Leishmaniasis en todo el territorio nacional, para la unificación de criterios técnicos y operativos de control, prevención y vigilancia.
- Capacitación modular a personal médico de municipios endémicos en diagnóstico clínico y laboratorial, manejo de los medicamentos antileishmaniásicos, lectura laboratorial para determinar el funcionamiento renal, hepático y cardíaco ante la administración de los respectivos medicamentos.
- Capacitación modular a profesionales y técnicos en laboratorio de municipios endémicos, para la implementación del diagnóstico laboratorial y función orgánica ante la administración de los respectivos medicamentos.
- Implementación de la red de diagnóstico laboratorial y tratamiento de leishmaniasis en municipios endémicos.
- Gestión para que los municipios y departamentos endémicos de leishmaniasis, realicen la compra de los medicamentos antileishmaniásicos garantizando el cumplimiento de esquemas terapéuticos.
- Gestión para la compra de Amfotericina B Liposomal.
- Implementación del formulario de evaluación, seguimiento y supervisión al uso, administración y distribución correcta de los medicamentos antileishmaniásicos.

Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Enfermedad de Chagas



I. ANTECEDENTES

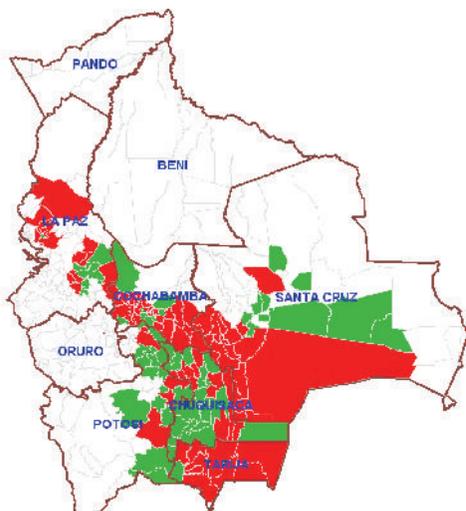
La Enfermedad de Chagas continúa siendo uno de los problemas para la Salud Pública Boliviana, ligada indudablemente a la extrema pobreza que sufre nuestra población en las áreas periféricas de las ciudades y sobre todo las del área rural. En Bolivia, existen tres ecorregiones con presencia de la enfermedad de Chagas: la ecorregión biogeográfica de la Amazonía, los Valles Interandinos y el Chaco Boliviano.

Dentro los Objetivos de Desarrollo del Milenio el país asumió el compromiso de “Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades”, en el cual se consideró el indicador para la enfermedad de Chagas de alcanzar para la gestión 2015, cero municipios de área endémica con infestación de vivienda mayor al 3%.

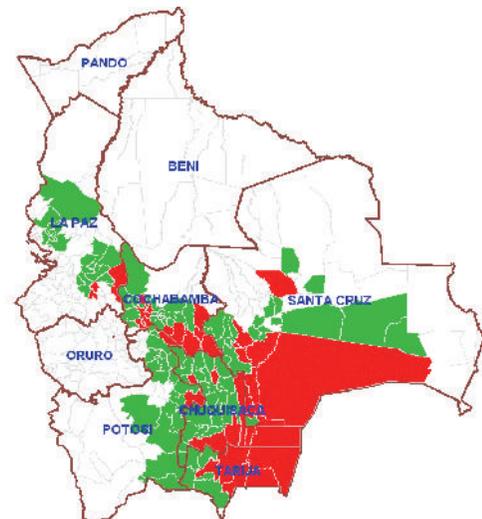
Compromiso del Programa Nacional de Chagas con respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015

Indicador	Línea Base 2003	2014
Porcentaje de municipios con índice de infestación de Chagas mayor a 3%	56%	29,8%
Número de Municipios con índice de infestación de Chagas mayor a 3%	86 Municipios	34 Municipios

Línea Base 2003



Gestión 2014



Fuente: Programa Nacional de Chagas / Unidad de Epidemiología

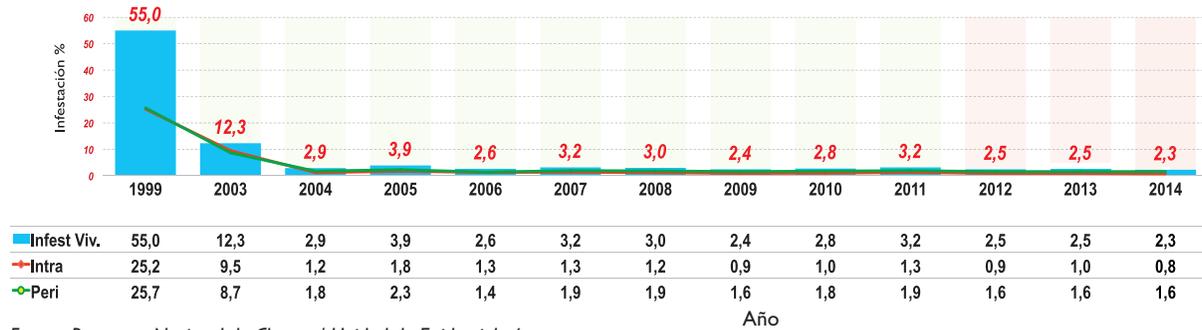
Como resultado de las actividades continuas del Programa Nacional de Chagas en control vectorial, se logró reducir en los municipios endémicos los índices de infestación por el vector *T. infestans* de 12,3% registrado a nivel nacional en el 2003 a 2,3% en la gestión 2014.

2. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

a) Vigilancia y Control Vectorial.

Para lograr la interrupción de la transmisión vectorial de Chagas, se realiza la evaluación de la presencia de *Triatoma infestans* en viviendas. Cada año el número de viviendas positivas es menor gracias a las actividades de vigilancia y control. (Gráfico N° 1).

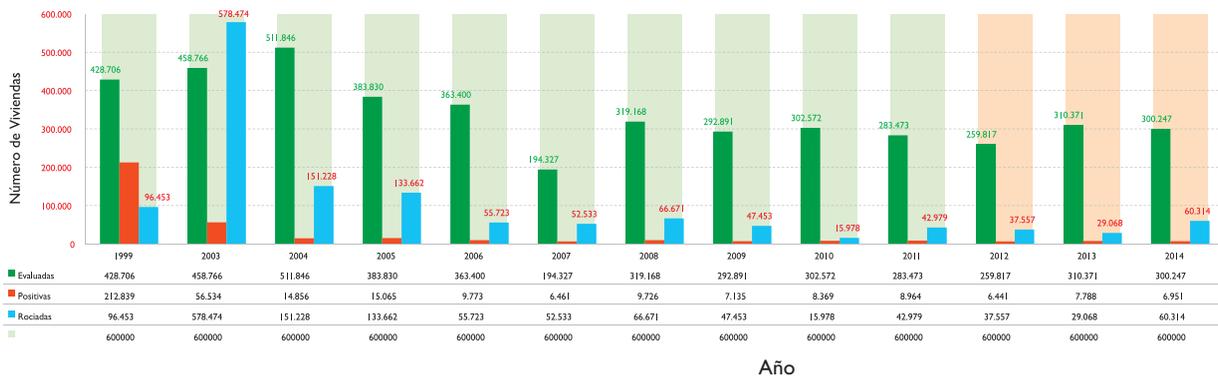
Gráfico N° 1 - Evaluación entomológica, positiva y rociado de viviendas
Bolivia, 1999 - 2014



Fuente: Programa Nacional de Chagas / Unidad de Epidemiología

El indicador de infestación en 1999 correspondía a una situación de alta endemia (55,0%) y con transmisión activa de la enfermedad a la población. El 2014 la infestación corresponde a bajo riesgo en intradomicilio 0,8%, por tanto se interrumpe la transmisión de la enfermedad de Chagas a la población.

Grafica N° 2 - Infestación en vivienda, intra y peri domicilio por *Triatoma infestans*
Bolivia, 1999 - 2013



Fuente: Programa Nacional de Chagas / Unidad de Epidemiología

El control vectorial se inicia con metodología definida a partir del año 1999, con campañas de control químico en viviendas contra la "vinchuca", actualmente se encuentra en vigilancia con participación comunitaria por municipio en el marco de la Política de Salud SAFCI.

Enmarcado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio el Programa Nacional de Chagas en la gestión 2014, consiguió disminuir en 2 décimas el porcentaje del Índice de infestación de vivienda, respecto a la gestión 2013, logrando el índice más bajo en comparación a otros periodos, lo que favorece la interrupción en la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas.

Tabla N° 1 - Índice de infestación de vivienda

Bolivia, 2012 - 2014

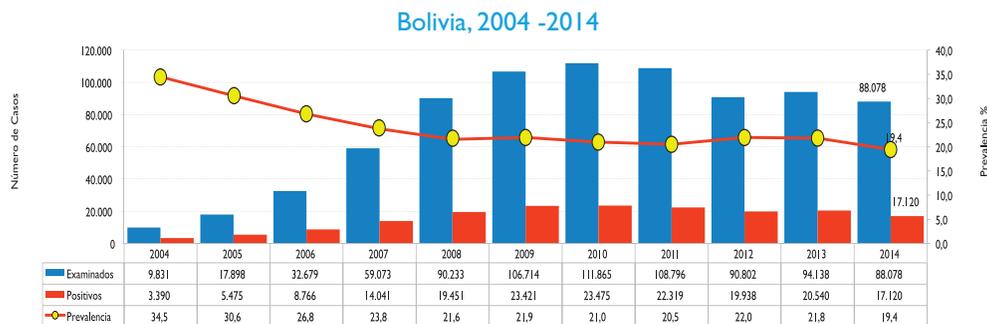
Periodo	Índice de Infestación de Vivienda
2012	2,5
2013	2,5
2014	2,3

Fuente: Programa Nacional de Chagas / Unidad de Epidemiología

b) Diagnóstico y Tratamiento del infectado con Chagas.

- **Chagas congénito:**

Gráfico N° 3 - Población examinada, positiva y prevalencia en embarazadas

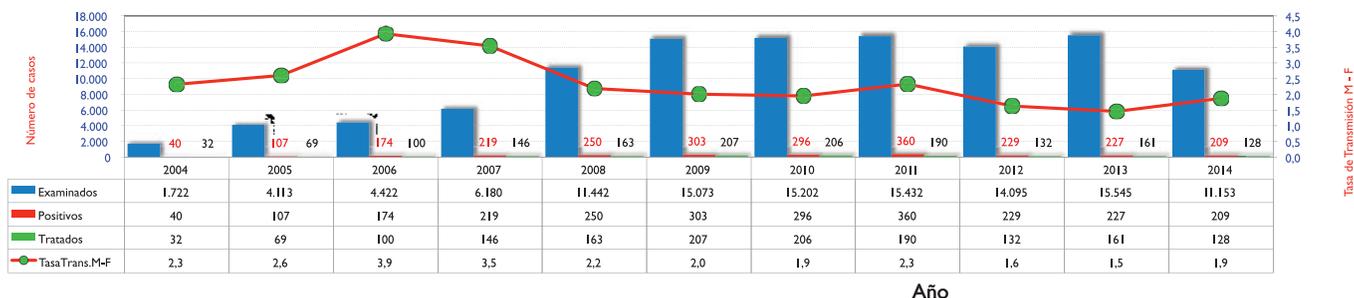


Fuente: Programa Nacional de Chagas / Unidad de Epidemiología

De acuerdo a los datos observados, cada año entre 90.000 y 100.000 mujeres embarazadas son examinadas en control prenatal y parto. La prevalencia a nivel nacional oscila alrededor del 20%, siendo más baja en el departamento de La Paz y Potosí y más alta en los Departamentos de Chuquisaca y Tarija, por situarse en una región altamente endémica.

Las madres una vez que culmina el periodo de lactancia (entre 1 y 2 años después del nacimiento) son orientadas para que complete exámenes de laboratorio y acceda a su tratamiento previo consentimiento informado.

Gráfico N° 4 - Examinados, positivos, tratados y tasa de transmisión materno fetal en recién nacidos a menores del año de edad, Bolivia, 2004 – 2014



Fuente: Programa Nacional de Chagas / Unidad de Epidemiología

Tabla N° 2 - Cobertura tratamiento de Chagas Congénito,

Bolivia, 2012 - 2014

Periodo	N° Recién Nacidos Examinadas	Positivos	Cobertura de Tratamiento
2012	14.095	229	57,6%
2013	15.545	227	70,9%
2014	10.260	187	54,5%
Meta 2015	15.070	270	80%

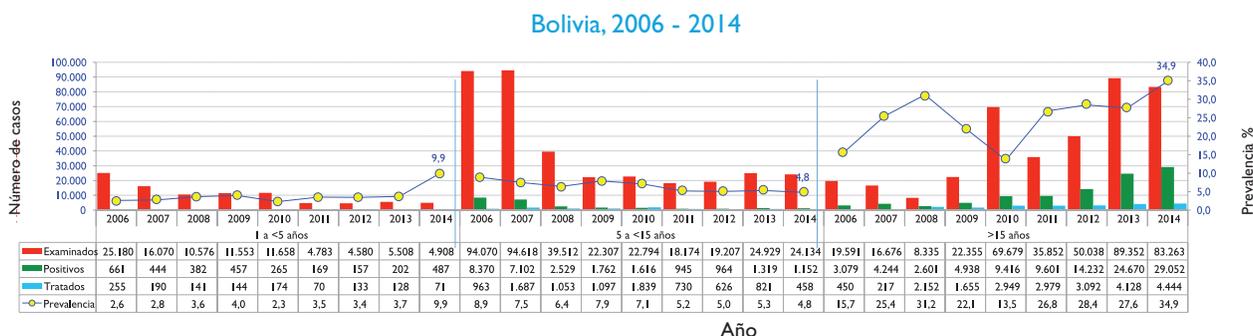
Fuente: Programa Nacional de Chagas / Unidad de Epidemiología

De acuerdo a los datos observados, cada año entre 10.000 y 15.000 niños nacidos de madres infectadas son examinados al momento de nacer, entre 1 y 6 meses y entre 6 y 12 meses. La Tasa de Transmisión Materno - fetal a nivel nacional en los últimos 5 años, oscila entre 1,5% y 2,3%.

El tratamiento para los casos está garantizado por el Ministerio de Salud y es de acceso gratuito, sin embargo constituye barrera para el tratamiento la falta de orientación a la familia ya que el mismo paciente no puede demandar su tratamiento por lo que se llegan a producir abandonos.

- **Chagas crónico reciente infantil y del adulto.**

Gráfico N° 5 - Diagnosticados, tratados y prevalencia en niños mayores a 1 año y adultos



Fuente: Programa Nacional de Chagas / Unidad de Epidemiología

El Diagnóstico y Tratamiento de Chagas Crónico Infantil y del Adulto, se ha extendido hacia más establecimientos de salud. La atención se realiza a demanda y de acuerdo a la información generada en la gestión 2014, se han examinado 4.908 niños entre 1 y 4 años; 24.134 niños entre 5 y 14 años y 83.263 mayores de 14 años.

3. LOGROS 2014

a) Vigilancia y Control Vectorial.

En la gestión 2014, las actividades de vigilancia vectorial y rociado de viviendas han permitido alcanzar los siguientes logros:

- Disminución del indicador de infestación en vivienda de 2,5% a 2,3% en relación al 2013.
- Disminución del indicador de infestación en intradomicilio, en la gestión 2014 de 1% a 0,8% en relación al 2013, indicador de avance en la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en la vivienda.
- De acuerdo a estratificación de riesgo el 77,9% de los municipios endémicos se encuentran en mediano y bajo riesgo, el 5,8% de municipios se mantienen en alto riesgo.
- De acuerdo al ODM (municipios con infestación de vivienda menor al 3%), el objetivo se ha alcanzado en 80 municipios de 114 intervenidos en la gestión 2014.
- En barrios peri urbanos de las ciudades de Cochabamba y Tarija, se llevó a cabo Campañas de Rociado, debido a la alta infestación de viviendas registradas en los últimos años.
- En barrios peri urbanos de las ciudades de Cochabamba y Tarija, se llevó a cabo Campañas de Rociado, debido a la alta infestación de viviendas registradas en los últimos años.
- En Cochabamba se han beneficiado con ésta campaña 24.767 viviendas de 234 OTBs; se protegieron a 106.912 habitantes, logrando reducir la infestación de 14,1% a 4,3%. La participación fue interinstitucional, ya que se contó con el apoyo de SEDES, las Fuerzas Armadas, el Municipio y las Juntas Vecinales

Foto 2: Lanzamiento de la Campaña de Rociado de viviendas en la ciudad de Cochabamba



Fuente: Programa Nacional de Chagas - Epidemiología

- En la ciudad de Tarija, en viviendas de nuevos asentamientos, se evidenció la presencia del vector de Chagas, con una infestación de 4,4%, por esta situación a partir de agosto a octubre se desarrolló acciones de prevención a través de campaña de rociado de 3.789 viviendas de 51 barrios, se protegió a 6.730 habitantes, participaron técnicos de nivel nacional del Programa Chagas SEDES Tarija, 50 Soldados de las FFAA y Juntas Vecinales.
- Disminución del indicador de infestación en vivienda de 2,5% a 2,3% en relación al 2013.
- Disminución del indicador de infestación en intradomicilio, en la gestión 2014 de 1% a 0,8% en relación al 2013, indicador de avance en la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas

b) Diagnóstico y Tratamiento.

- 11.153 niños menores de 1 año nacidos de madres seropositivas han sido controlados desde el momento del nacimiento. 209 casos de Chagas congénito fueron detectados.
- 487 casos fueron detectados en niños de 1 a menores de 5 años, 458 en niños de 5 a menores de 15 años y 4.444 en personas de 15 y más años.
- Se logró extensión de la red de diagnóstico y tratamiento de Chagas en el sistema público de salud, de 150 a 170 establecimientos de salud.

4. DESAFÍOS 2015

a) Componente, Vigilancia y Control Vectorial.

- Interrumpir la transmisión vectorial de (*T. cruzi*) en viviendas con presencia del vector en el ciclo domiciliario (Peri Urbano ciudades de Cochabamba, Tarija y Sucre).
- Capacitar al personal técnico institucional, municipal, red de salud y comunidad, para fortalecer la vigilancia y control vectorial con participación comunitaria, en el modelo de la política SAFCI y MI SALUD.
- Monitoreo del poder de volteo y residual del insecticida utilizado en el control de *Triatoma infestans*, a través de pruebas biológicas de pared, en municipios con fallas de control vectorial.
- Determinar la efectividad de un nuevo insecticida para controlar la infestación en municipios con resistencia a piretroides en el Chaco Chuquisaqueño.
- Fortalecer el seguimiento, supervisión y evaluación a las acciones operativas de control vectorial, diagnóstico y tratamiento del infectado con Chagas, por municipio.
- Implementar la estrategia de IEC en base a cambios conductuales de la población en riesgo de comunidades y municipios endémicos de Chagas.

b) Componente diagnóstico y tratamiento del infectado con Chagas.

- Ampliar la capacidad de resolución de diagnóstico y tratamiento del infectado con Chagas, en establecimientos de redes de salud, de área endémica, no endémica y Amazonia.
- Mejorar la accesibilidad y la adherencia a la atención de diagnóstico y tratamiento de la población en establecimientos de redes de salud.
- Fortalecer el control de calidad en la red de laboratorios de Chagas.
- Desarrollar estudio de seroprevalencia en población menor a 5 años de edad, en departamentos endémicos a Chagas.
- Desarrollar seguimiento, supervisión, evaluación y capacitación a equipos técnicos de intervención operativa, en seis departamentos endémicos.

c) Componente IEC.

- Capacitación continua en acciones de promoción, prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas en departamentos endémicos a Chagas, en el marco de la política SAFCI y MI SALUD, a personal de salud, técnicos operativos y población en riesgo.
- Desarrollar seguimiento, supervisión y evaluación a equipos técnicos de intervención en Chagas, en los seis departamentos endémicos.

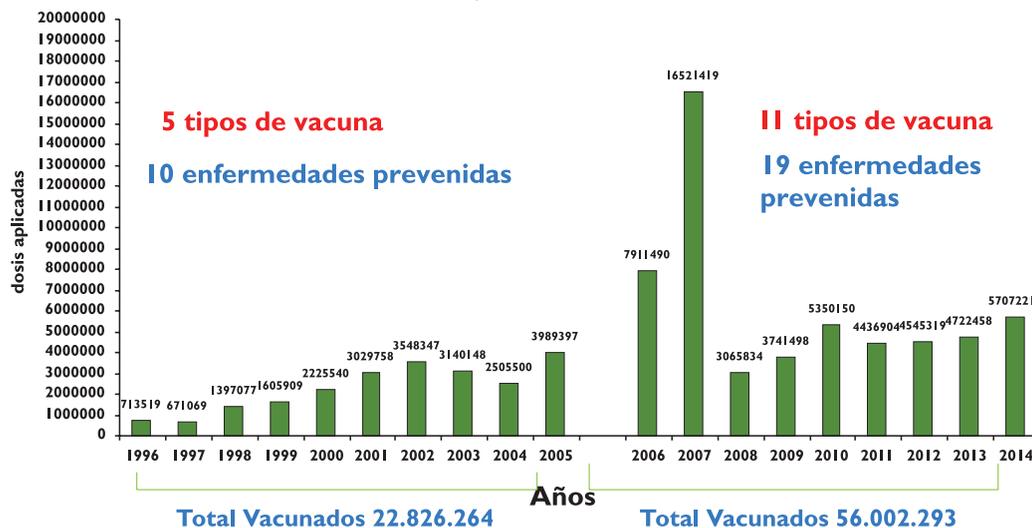
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)



I. ANTECEDENTES

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Bolivia ha evolucionado durante los últimos 34 años a grandes pasos en materia de control, eliminación y erradicación de algunas enfermedades prevenibles por vacunas, pasando de ser un programa exclusivamente para la niñez a un programa dirigido a toda la familia sin ningún tipo de discriminación, asimismo se convirtió en el programa que aporta fuertemente a la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil en todo el territorio nacional.

Grafico N° 1 - Número de dosis aplicadas con vacunas
Bolivia, 1996- 2014

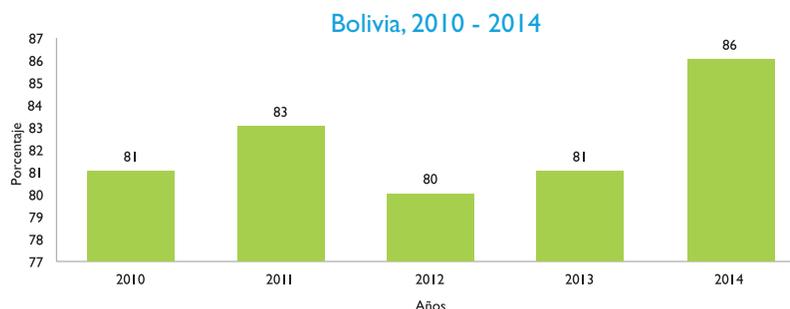


Fuente: Programa Ampliado de Inmunización (PAI) / Unidad de Epidemiología

El PAI según el gráfico N° 1 durante las gestiones 2006 al 2014 en nuestro territorio ha aplicado alrededor de 56 millones de dosis de vacunas protegiendo indiscutiblemente a toda nuestra población básicamente menor de 5 años.

2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

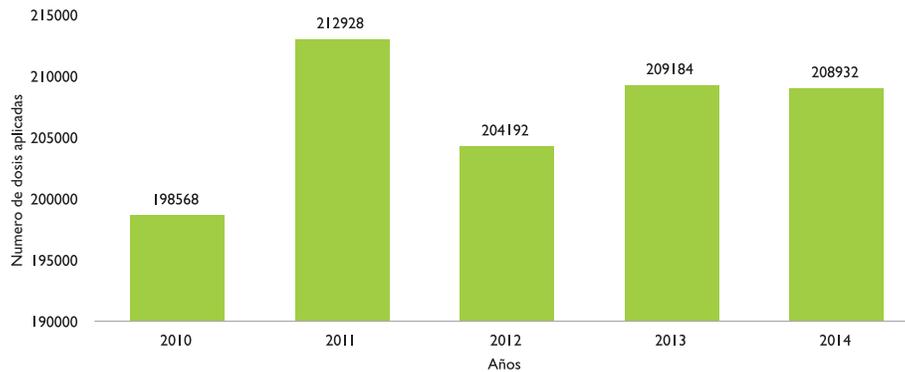
Grafico N° 2 - Cobertura de vacunación con 3ra dosis de pentavalente en niñ@s menores de 1 año,



Fuente: Programa Ampliado de Inmunización (PAI) / Unidad de Epidemiología

En el gráfico N° 2 muestra que durante la gestión 2014 las coberturas alcanzaron el 86% según la población asignada por el INE. En comparación con la gestión 2013 (81%), tuvo un incremento del 5%.

Gráfico N° 3 - Número de vacunados con 2da. dosis de antirotavírica en niños menores de 1 año, Bolivia 2010 - 2014

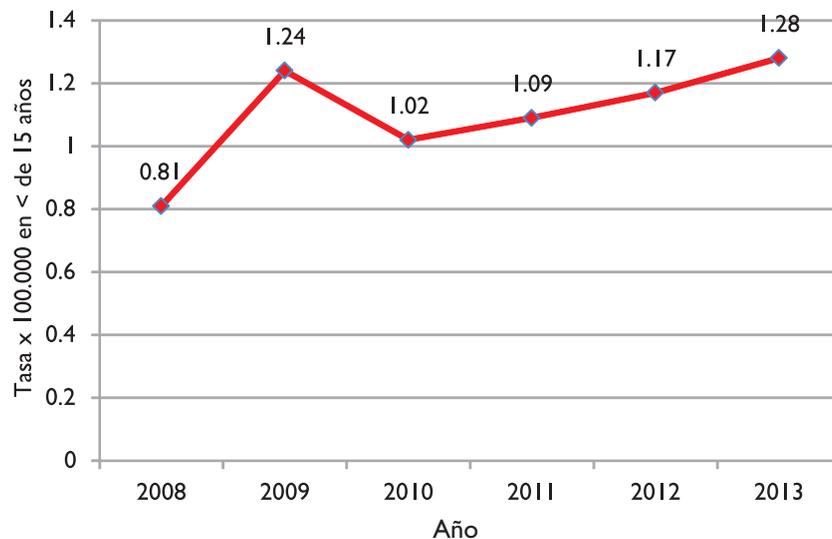


Fuente: Programa Ampliado de Inmunización (PAI) / Unidad de Epidemiología

El gráfico N° 3 muestra que durante la gestión 2014 se ha llegado a inmunizar alrededor de 208.932 niños y niñas, teniendo un ascenso en comparación con la gestión 2013 (209.184 niños) con la vacuna antirrotavírica, superior a la gestión 2012, donde se llegó a inmunizar a 204.192. Asimismo informar que según resultados de la ENCOVA-2013 la cobertura con antirrotavírica es 90.1%.

Según la población asignada por el INE CENSO-2012 la cobertura de vacunación con antirrotavírica es de alrededor del 86%.

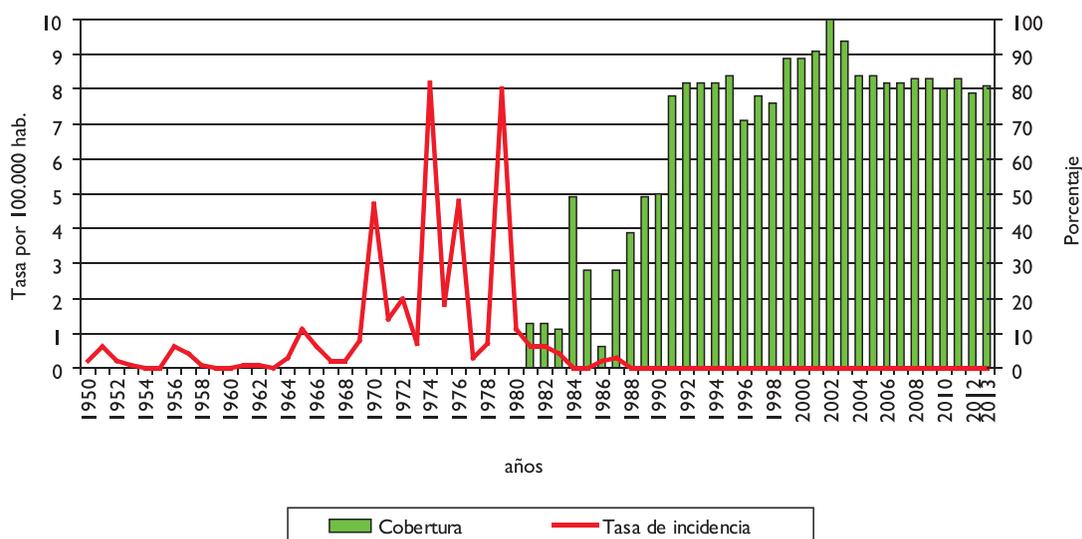
Gráfico N° 4 - Tasas de notificación de PFA en menores de 15 años, Bolivia 2008 - 2013



Fuente: Programa Ampliado de Inmunización (PAI) / Unidad de Epidemiología

El PAI realiza la vigilancia de todas las enfermedades inmunoprevenibles. En el caso de la vigilancia de Parálisis Flácida Aguda (PFA) durante los últimos cinco años existe una evolución favorable y se cumple la tasa de notificación internacional de 1,28 x 100.000 habitantes lo que significa que el país cumplió el estándar internacional (1 por cada 100.000 niños menores de 15 años). (Gráfico N° 4).

Grafico N° 5 - Incidencia de poliomieltis y coberturas de vacunación, Bolivia 1950 - 2013



Fuente: Programa Ampliado de Inmunización (PAI) / Unidad de Epidemiología

El gráfico N° 5 muestra los casos de parálisis flácida aguda por poliovirus salvaje de los últimos 50 años y gracias a esta vigilancia podemos afirmar que no se tiene un sólo caso de Parálisis Flácida Aguda por poliovirus salvaje en nuestro país en los últimos 28 años, por las excelentes coberturas de vacunación.

5. LOGROS 2014

- EL Ministerio de Salud a través del Programa Ampliado de Inmunización realizó la adquisición y dotación de vacunas a todos los establecimientos de salud a través de los sedes con una inversión de 97.752.398 bolivianos asegurando la disponibilidad de vacunas y jeringas en todo el territorio nacional.
- El primer trimestre de la gestión 2014, realizó el lanzamiento e introducción oficial en el esquema nacional de vacunación la nueva vacuna antineumocócica, beneficiando a todos los niños y niñas menores de 1 año. Se aplicaron a nivel nacional 623.009 Dosis de vacunas contra el neumococo de enero a diciembre de la presente gestión con una inversión de aproximadamente 30 millones de bolivianos con el cual se ha asegurado la protección contra las meningitis, neumonías y otitis en nuestro país.
- Se ha fortalecido el sistema nacional de salud en el área de cadena de frío con la adquisición de refrigeradores, congeladores y termos porta vacunas para el fortalecimiento de la cadena de frío de los 9 Servicios Departamentales de Salud (SEDES) con un presupuesto de 1.519.667 bolivianos.
- Dotación de normas, materiales de promoción, termos porta muestras, indumentaria de trabajo y distribución de vacunas e insumos a los SEDES (Logística) con una inversión de 1.511.208 bolivianos.
- Reuniones y capacitaciones del nivel nacional a diferentes instituciones en lo que respecta a enfermedades inmunoprevenibles con una inversión de 190.871 bolivianos.
- Supervisiones y vacunación en municipios de riesgo con una inversión 82.866.
- Campaña de la Semana de Vacunación en las Américas, para la promoción de las vacunas del esquema nacional de vacunación en todo el territorio nacional, con énfasis en fronteras y lugares inaccesibles geográficamente con una inversión de 818.573 bolivianos.
- Se ha definido con el apoyo del Comité Nacional de Inmunización (CNI) la incorporación de la vacuna contra el Papiloma Virus Humano (PVH) tetravalente para el departamento de Tarija.
- Se ha ajustado el esquema de vacunación contra la difteria y tétanos adulto con la finalidad de tener mejores coberturas de vacunación.

5. DESAFÍOS 2015

- Ajustar las estrategias de intervención para el logro de mejores coberturas de vacunación en post de la excelencia en el PAI.
- Lograr coberturas superiores al 95% con vacuna Antineumocócica.
- Incorporar la Vacuna contra la Polio Inyectada (IPV) para el último trimestre del 2015
- Fortalecer y reestructurar la vigilancia epidemiológica de enfermedades inmunoprevenibles en todo el país.
- Gestionar el financiamiento para la introducción de la **vacuna contra el Papiloma Virus Humano (PVH)**, principal causante de cáncer de cuello uterino en la población femenina de Bolivia.
- Fortalecer la capacidad de respuesta del equipo mi salud en todo el territorio nacional con la finalidad de mejorar las coberturas de vacunación.
- Seguir fortaleciendo las estrategias de intervención en base a los resultados alcanzados con la Encuesta de Cobertura de Vacunas (ENCOVA 2013).
- Implementar la vigilancia epidemiológica centinela del **Papiloma Virus Humano (PVH)**
- Elaborar la línea de base para la incorporación al esquema nacional la vacuna contra el **Papiloma Virus Humano (PVH)**



Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles



I. ANÁLISIS SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA MUNDIAL

Considerando que la génesis de este grupo de enfermedades es multifactorial, ya que intervienen factores ambientales, genéticos, demográficos, socioeconómicos y culturales entre otros, las proyecciones acerca de la magnitud del problema de las ENT son desalentadoras, se estima que la mortalidad por Enfermedades No Transmisibles aumentará en un 17% en 10 años y que la mayor parte de ese incremento se deberá a epidemias emergentes de ENT en los países en desarrollo, calculándose que para el año 2030 las enfermedades crónicas no transmisibles serán responsables del 69% de la carga de enfermedad del mundo.

Si bien hace 10 años más de la mitad de los afectados por enfermedades crónicas eran personas comprendidas entre los 45 y 70 años de edad, actualmente se ve que personas menores a 40 años están siendo afectadas por las ENT, aspecto que sería consecuencia de la acumulación de factores de riesgo donde los malos hábitos alimentarios y el sedentarismo juegan un rol preponderante.

2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL DE LAS ENT EN BOLIVIA – GESTIÓN 2014

Las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en un creciente problema de Salud Pública en Bolivia, por la alta carga de morbilidad atribuidas a la mismas que para el 2014 alcanzo a 62% de todas las atenciones medicas a nivel nacional, mostrando tendencias de crecimiento continuo en cada una de las regiones y en todas las ENT y sus factores de riesgo.

a) Situación actual de la diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, sobrepeso – obesidad y enfermedad reumática.

Se presenta información de la situación epidemiología actual de algunas de las ENT prevalentes, en el país, aclarandose que debido a problema de reporte de casos en Chuquisaca y Potosí, los datos de ambas regiones solo muestran tendencias aproximadas, calculándose un subregistro de 40%.

En el Gráfico N° 1, se observa la frecuencia de pacientes atendidos con diabetes en los diversos centros de salud a nivel nacional, desgregado por gestiones.

Se evidencia con claridad que los departamentos que mostraron un mayor aumento fueron Santa Cruz con un incremento del 31% en relación al 2013, seguido de Beni con un 29% y Tarija con 18%.

Gráfico N° 1 - Frecuencia de atenciones médicas de Diabetes en centros de salud por departamento, Bolivia, 2012 - 2014

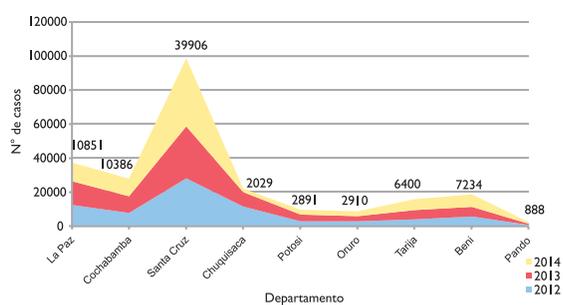
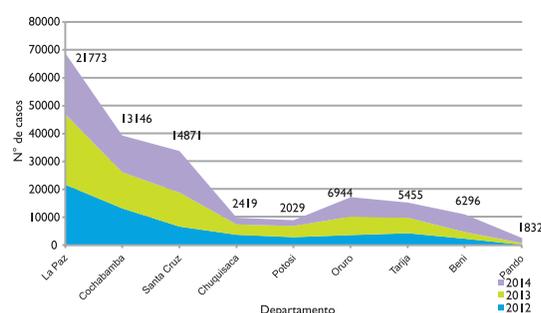


Gráfico N° 2 - Frecuencia de atenciones médicas de Hipertensión Arterial en centros de salud por departamento, Bolivia, 2012 - 2014



Fuente Programa Nacional de Enfermedades No Transmisibles / Unidad de Epidemiología

Considerando que el sobrepeso y obesidad son uno de los factores de riesgo mas importante para el desarrollo de diabetes. En el Grafico N° 2 se observa la cantidad de personas captadas con alguna de estas alteraciones metabólicas, verificándose su tendencia de crecimiento en todos los departamentos, cuya correlación es directa con los casos de diabetes, siendo Santa Cruz, Beni y Tarija los que muestran el mayor crecimiento en relación a estas entidades.

Un dato interesante es que Oruro y Pando muestran crecimientos mayor a 50% en relación a la gestión 2013, no obstante los casos de diabetes, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular no han aumentado de manera proporcional, existiendo la posibilidad de que este grupo de enfermedades asociadas a estos factores de riesgo puedan incrementarse recién en gestiones futuras.

En el Gráfico N° 3 y 4 podemos apreciar el numero de casos de hipertensión arterial sistémica y enfermedad cardiovascular atendidos en centros de salud a nivel nacional, mostrándonos como ambas enfermedades muestran curvas de distribución de enfermedad prácticamente idénticas en cuanto a su presentación en cada uno de los departamentos de Bolivia, corroborándose que la hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo mas importantes para el desarrollo de enfermedad cardiaca y la necesidad de controlarla es un política de salud prioritaria en el país.

Los departamentos de Santa Cruz, Beni, Tarija y Pando son los que muestran crecimiento en atención de casos de hipertensión arterial sistémica y enfermedad cardiovascular en sus diversas variedades, que superan el 20%.

Gráfico N° 3 - Frecuencia de atenciones médicas de Enfermedad Cardiovascular en centros de salud por departamento, Bolivia, 2012 - 2014

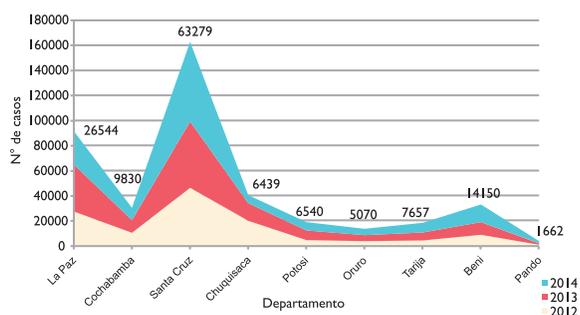
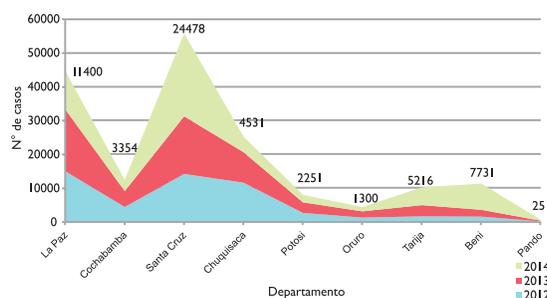


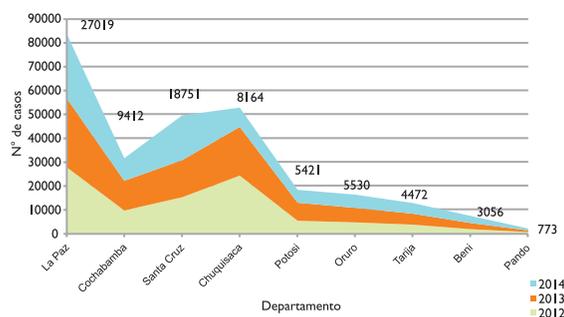
Gráfico N° 4 - Frecuencia de atenciones médicas de Sobrepeso - Obesidad en centros de salud por departamento, Bolivia, 2012 - 2014



Fuente Programa Nacional de Enfermedades No Transmisibles / Unidad de Epidemiología

Las enfermedades reumáticas son otro problema de creciente prevalencia en el país, siendo los departamentos de La Paz, Santa Cruz y Chuquisaca los que reportan mas casos atendidos como se aprecia en el Gráfico N° 5. El departamento de Santa Cruz ha mostrado el mayor aumento de casos durante el año 2014, mismo que asciende a 20% en relación a la gestión 2013.

Gráfico N° 5 - Frecuencia de atenciones médicas de Enfermedad Reumática en centros de salud por departamento, Bolivia, 2012 - 2014



Fuente Programa Nacional de Enfermedades No Transmisibles / Unidad de Epidemiología

b) Situación actual del cáncer infantil

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que cada año se diagnostican aproximadamente 175 mil casos de cáncer en niños, de los cuales mueren cerca de 90 mil. La enfermedad provoca la muerte de 7.6 millones de menores de 15 años, asegura la OMS, y prevé que los casos sigan aumentando hasta superar los 13 millones en 2030.

Se calcula que más de 160.000 niños en todo el mundo son diagnosticados de cáncer cada año y esta cifra podría ser considerablemente superior.

Tabla N° 1 - Prevalencia de cáncer infantil por centro de salud

Bolivia, 2011 – 2013

CENTRO DE SALUD	GESTION			TOTAL
	2011	2012	2013	
Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga" (LPZ)	88	52	60	200
Hospital Manuel Ascencio Villarreal (CBBA)	37	38	47	122
Instituto Oncológico del Oriente Boliviano (SCZ)	72	87	101	260
TOTAL	197	177	208	582

Fuente: Registro Nacional de Cáncer – Programa Nacional de Enfermedades No Transmisibles- Ministerio de Salud / Unidad de Epidemiología

En Bolivia durante las gestiones 2011 – 2013 los centros de salud que prestan servicios de oncología atendieron a 582 niños con cáncer, de los cuales 57 % eran del sexo masculino y 43% del sexo femenino.

Tabla N° 2 - Mortalidad de cáncer infantil por centro de salud

Bolivia, 2011 – 2013

CENTRO DE SALUD	GESTION			TOTAL
	2011	2012	2013	
Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga" (LPZ)	88	52	60	200
Hospital Manuel Ascencio Villarreal (CBBA)	37	38	47	122
Instituto Oncológico del Oriente Boliviano (SCZ)	72	87	101	260
TOTAL	197	177	208	582

Fuente: Registro Nacional de Cáncer – Programa Nacional de Enfermedades No Transmisibles- Ministerio de Salud / Unidad de Epidemiología

Durante el periodo 2011 – 2013 se registraron 257 muertes por cáncer infantil a nivel nacional, lo que significa que en Bolivia la mortalidad por cáncer en niños es del 20,5% anual, es decir que cada año, entre 20 y 21 niños de cada 100 niños con cáncer fallecen.

Los casos de abandono al no ser hallados en tratamiento en ningún otro centro de salud, son asumidos como defunción, considerando el tiempo de supervivencia posible de acuerdo a su patología que no excede el año tras no recibir tratamiento.

3. LOGRO GESTION 2014.

- Implementación a nivel nacional de las Estrategias de Promoción y Prevención de Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo, denominado "Puntos Vida". (Más de 8.000 pacientes beneficiados de manera directa e indirecta durante la gestión 2014).



- Implementación de sistema de vigilancia centinela de factores de riesgo de ENT, mediante la estrategia “Puntos Vida”.
- Implementación de nuevos componentes del Registro Nacional de Cáncer, con la incorporación del Registro de Cáncer Infantil en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz.
- Continuidad al fortalecimiento de Hospitales Públicos de referencia nacional, que prestan servicios de oncología pediátrica, con la dotación de equipamiento y medicamentos oncológicos a título de gratuidad.
- Reformulación del Plan de Acción de Enfermedades No Transmisibles para las gestiones 2015 – 2016, enmarcado en el Plan Nacional 2010 – 2016 aprobado mediante Resolución Ministerial N° 1126 del 22 de septiembre del 2010, en la cual se señala su aplicación con carácter de obligatoriedad en todo el territorio nacional.

4. ACTIVIDADES PARA LA SOSTENIBILIDAD DE LOS LOGROS ALCANZADOS.

- Gestionar recursos económicos ante otras instancias gubernamentales para dar continuidad al fortalecimiento de los objetivos, metas y acciones enmarcadas en el Plan de Acción 2015 – 2016.
- Elaborar Proyectos de intervención en Diabetes, Enfermedad Cardiovascular y Cáncer para su presentación y gestión de recursos económicos ante agencias de cooperación externa.
- Lograr la inclusión de prestaciones básicas para atención de pacientes con diabetes, hipertensión arterial y variedades de cáncer priorizadas según incidencia dentro de la Ley N° 475 de Prestación de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Lograr que los Programas Nacionales de Enfermedades No Transmisibles cuenten con su propio presupuesto para dar sostenibilidad a las actividades de promoción y prevención de las ENT.

5. DESAFÍOS PARA EL 2015

- Fortalecimiento de las estrategias de Promoción y Prevención denominado “Puntos Vida”.
- Elaboración de Guías “punto Vida”
- Implementación de Vigilancia Epidemiológica Centinela de Diabetes y Enfermedad Cardiovascular.
- Implementación de Registros de Cáncer Hospitalarios.
- Implementación de un Programa Piloto de Pie Diabético.
- Fortalecimiento de Unidades Coronarios de Hospitales Públicos de referencia nacional.
- Implementación de un Programa de Hemofilia.
- Implementación de Programa de Hipotiroidismo Congénito.
- Gestionar la incorporación de medicamentos esenciales para pacientes con diabetes e hipertensión arterial dentro la reglamentación de la Ley N° 475 de Prestación de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Elaboración de Normas Nacionales de ENT, completadas con guías y protocolos de atención para entidades específicas que no estén contempladas dentro las NACC.

Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA



I. INTRODUCCIÓN

Desde el año 2004, se ha encaminado un proceso de transformación social y económica bajo una nueva concepción de desarrollo basada en la concepción del Vivir Bien, que articula el encuentro entre pueblos y comunidades, respetando la diversidad e identidad cultural. En este escenario el mandato político y social del sector salud es “garantizar el ejercicio pleno de derecho a la salud, la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, la construcción del Sistema Único de Salud en el marco de la Política Sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), erradicando la pobreza e inequidad para Vivir Bien”

La estructura programática de la política de salud se edifica en tres ejes, que definen el accionar de las diferentes estrategias de respuesta a los problemas de salud, entre ellos el VIH y las otras infecciones de transmisión sexual.

Eje 1:

Acceso Universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural

Eje 2:

Promoción de la Salud y Movilización Social

Eje 3:

Soberanía y Rectoría en Salud

La salud concebida como un proceso multidimensional que responde a una serie de factores y determinantes, involucra acciones multisectoriales combinadas, esto quiere decir que la acción aislada del sistema de asistencia sanitaria no conduce a una solución integral; no obstante se demuestra que más de 75% del gasto en salud se orienta sólo a la asistencia sanitaria, siendo que los determinantes más relevantes son los estilos de vida de la población y la interacción con el medio ambiente.

Bolivia ha dado grandes pasos en la erradicación de la pobreza; sin embargo los niveles aún son elevados en comparación con otros países de la región, acentuándose la problemática en los contextos rurales, a pesar de una coyuntura macroeconómica favorable todavía persisten desigualdades en la distribución del ingreso, estos aspectos se reflejan en la cobertura de salud evidenciándose la persistencia del modelo asistencialista que se hace más evidente en el acceso a los servicios relacionados con el VIH, encontrándose que las coberturas son inferiores al 60% en las poblaciones de mayor vulnerabilidad.

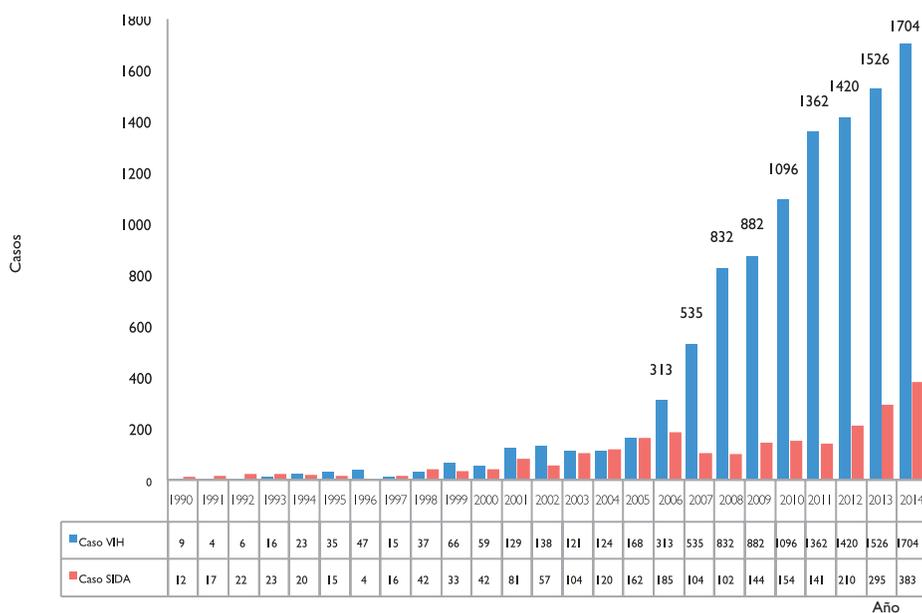
2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Desde 1984, año que se diagnosticó el primer caso de VIH en Bolivia hasta 2014, se han notificado un total de 13.180 casos de VIH/SIDA de los cuales 10.670 son casos de VIH y 2.510 en fase SIDA. En 2013 se han reportado un total de 1821 casos de VIH/SIDA de los cuales 1.526 son casos de VIH y 295 en fase SIDA.

En la siguiente gráfica se puede observar el comportamiento de la epidemia en números absolutos:

Gráfico N° 1 - Casos Notificados de VIH/SIDA,

Bolivia 1990 - 2014



Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA / Unidad de Epidemiología

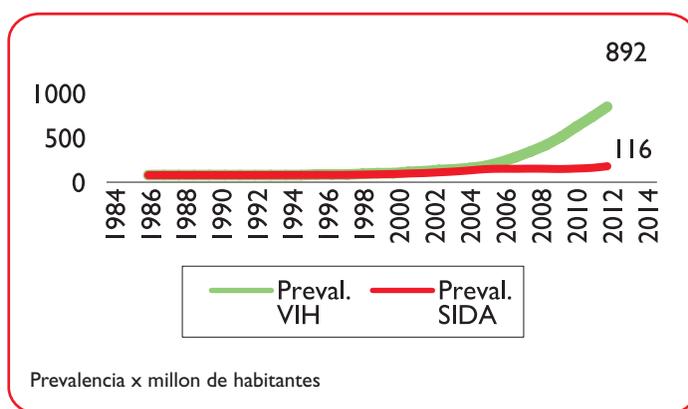
Se puede observar que hasta 2014 se tiene 1.704 casos de VIH; por otra parte el número de casos en fase sida es igual a 383.

El incremento de los casos diagnosticados de VIH se debe fundamentalmente a la aplicación de las Pruebas Rápidas en los CDVIR/CRVIR (Centros Departamentales y Regionales de Vigilancia, Información y Referencia) y otros establecimientos de salud de 1er, 2do y 3er. nivel, con más de 1.257 establecimientos de salud donde se ofertan las mismas. Además de que casi la totalidad de los municipios del país, están asumiendo la compra de la Prueba de VIH para embarazadas. Es importante hacer notar la reducción de los casos en fase SIDA.

En lo que se refiere a la tasa de “prevalencia observada” en la siguiente gráfica podemos ver su comportamiento:

Gráfico N° 2 - Prevalencia de casos notificados de VIH/SIDA

Bolivia, 1984 - 2014



Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA / Unidad de Epidemiología

La gráfica de la prevalencia de VIH, es por demás elocuente y nos muestra que los casos de VIH están en fase de crecimiento, se pueden plantear dos hipótesis para esto: si las personas se infectaron en un rango de 2 a 3 años anteriores, demostraría que las estrategias de promoción y prevención no están logrando un impacto importante; por otro lado si las personas diagnosticadas se infectaron en un periodo mayor de 3 años esto demostraría todo lo contrario que las estrategias de

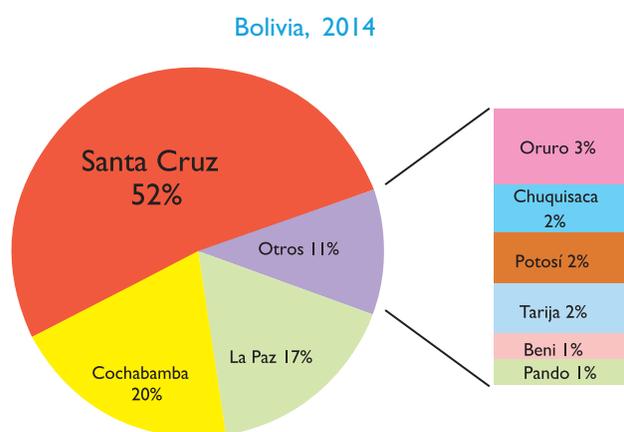
promoción si están funcionando, sin embargo esto es muy difícil de corroborar, recordemos que el periodo de latencia del VIH una vez infectada la persona es de 6 a 10 años.

Por otro lado es importante analizar el comportamiento de la curva de la prevalencia observada de los casos en fase SIDA, podemos observar que a partir de la gestión 2007, parecería ser que la misma se ha incrementado en un rango de 90 a 100 por millón de habitantes, lo cual nos insta a realizar mayores esfuerzos para aplicar los tamizajes respectivos para diagnosticar tempranamente los casos y más aún si vemos la proyección que se tiene para 2018 para la cual se estaría estimando una prevalencia de 125 Casos SIDA por millón de habitantes.

El diagnóstico temprano, permite iniciar tratamiento oportuno, permitiendo esto aumentar la esperanza de vida de las personas con VIH/SIDA, sin embargo aún es insuficiente ya que según las metas del milenio para el 2015 la prevalencia de sida, debería ser igual a 13 por millón de habitantes, siendo esto un desafío para el MS y el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA.

En la siguiente gráfica podemos apreciar la distribución de los casos de VIH/SIDA por departamento:

Gráfico N°3 - Distribución porcentual de casos por departamento



Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA / Unidad de Epidemiología

Tabla N°1 - Distribución de casos de VIH por departamento

Bolivia, 1984 - 2014

Departamento	Casos 1984 - 2014
La Paz	2430
Santa Cruz	6631
Cochabamba	2604
Chuquisaca	330
Potosí	144
Oruro	389
Tarija	259
Beni	320
Pando	73
Total	13180

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA / Unidad de Epidemiología

Se puede ver como en los últimos años Santa Cruz con 6.631 casos, Cochabamba con 2.604 casos y La Paz con 2.430 casos, son los departamentos con mayor número de casos; el 89% del total de casos se encuentran en estos 3 departamentos.

3. SITUACIÓN ACTUAL

En la siguiente tabla podemos apreciar los datos por departamento:

Tabla N°2 - Casos acumulados de VIH/SIDA por departamento

Bolivia, 1984 - 2014

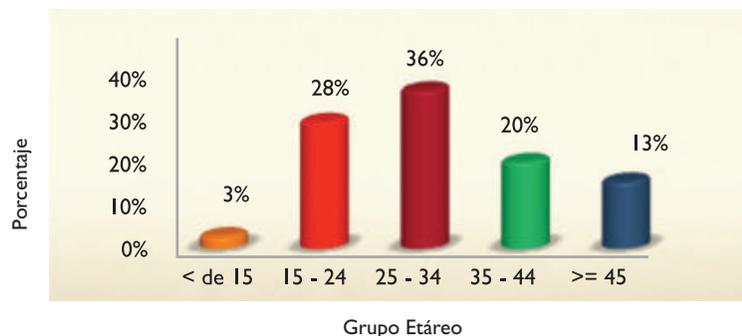
Departamento	1984 - 2013				Notificados a 2014	
	Total	VIH	SIDA	% sida	VIH	SIDA
La Paz	2430	1926	504	21%	414	123
Santa Cruz	6631	5694	937	14%	762	130
Cochabamba	2604	1865	739	28%	303	80
Chuquisaca	330	269	61	18%	66	11
Potosí	144	125	19	13%	20	2
Oruro	389	277	112	29%	56	21
Tarija	259	198	61	24%	29	8
Beni	320	256	64	20%	49	7
Pando	73	60	13	18%	5	1
Total	13180	10670	2510	19%	1704	383

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA / Unidad de Epidemiología

En la siguiente gráfica se puede observar la distribución de los casos de VIH/SIDA por grupo etáreo:

Gráfico N° 3 - Distribución porcentual de casos notificados de VIH/SIDA según grupo etareo

Bolivia, 2014



Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA / Unidad de Epidemiología

De la gráfica anterior podemos observar que la epidemia está concentrada principalmente en el grupo etáreo de 15 a 34 años, 6 de cada 10 casos de VIH/SIDA estarían en este grupo.

En la siguiente tabla se puede observar la distribución de los casos de VIH/SIDA por sexo y departamento:

Tabla N°3 - Distribución de los casos de VIH/SIDA por sexo y grupo etáreo

Bolivia, 1984 - 2014

Grupo de edad	Total	1984 a 2013			2014		
		Hombre	Mujer	NA *	Hombre	Mujer	Sin Datos
Menos de 15	357	146	160	0	24	27	0
15 - 24	3,679	1545	1496	3	371	264	0
25 - 34	4,534	2572	1273	10	470	209	0
35 - 44	2,463	1454	665	3	237	104	0
45 y más	1,981	1214	385	1	267	114	0
Sin datos	166	92	40	34	0	0	0
Total	13,180	7023	4019	51	1369	718	0

NA* Datos no disponibles por ser casos antiguos

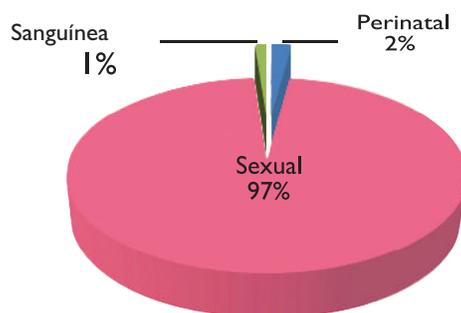
Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA / Unidad de Epidemiología

La relación hombre/mujer es de 1,8 a 1, es decir que por cada 10 mujeres VIH(+) existen 18 hombres en igual condición. 6 de cada 10 personas con VIH/sida tienen entre 15 y 34 años

En la siguiente gráfica podemos observar la distribución porcentual de casos de VIH/SIDA por vías de transmisión:

Gráfico N° 4 - Distribución Porcentual de casos según vía de transmisión

Bolivia –2014

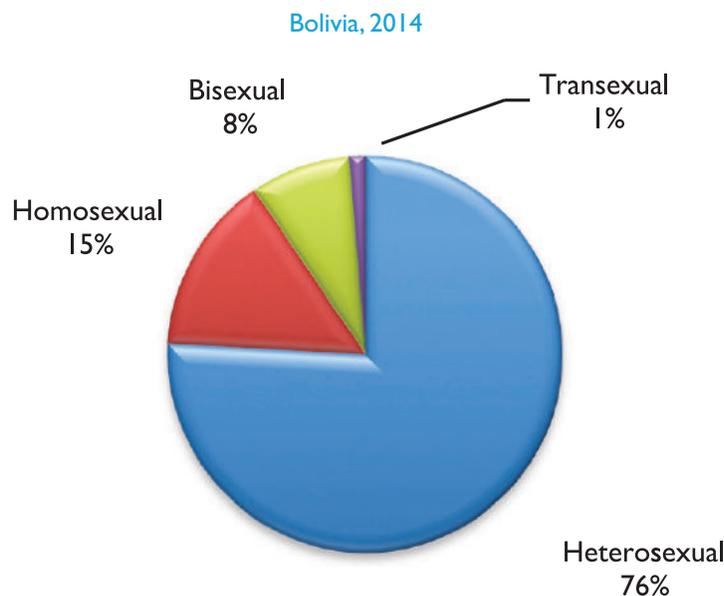


Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA / Unidad de Epidemiología

En el Gráfico N° 4 podemos observar que según la distribución de los casos de VIH/SIDA el 97% de los casos fueron por vía sexual, 2% por transmisión perinatal y 1% por transmisión sanguínea.

En el Gráfico N° 5 se puede ver la distribución de casos según orientación sexual:

Gráfico N° 5 - Distribución Porcentual de casos de VIH/SIDA según orientación sexual



Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA / Unidad de Epidemiología

De donde se puede concluir que de la población masculina mayor a 18 años, el 74% declara ser heterosexual, el 16% Homosexual, el 8% Bisexual y el 2% Transexual.

A partir de toda esta información se puede caracterizar la epidemia para nuestro país de la siguiente manera:

- La proporción de casos en la población total sería igual a 0.12%, considerando solo los casos notificados.
- Hasta 2014, en Bolivia 11 de cada 10.000 personas viven con VIH/SIDA.
- La prevalencia de SIDA es de 116 por millón de habitantes.
- Según el estudio SEMVBO, la prevalencia del VIH en población GBT-HSH es del 11,6%

A partir de todos estos resultados se puede concluir que la epidemia en nuestro país sigue siendo incipiente, pero concentrada sobre todo en la población GBT-HSH.

4. ACTIVIDADES Y LOGROS 2014

a) CONSEJO NACIONAL DEL VIH/SIDA

- Definición de compromisos y responsabilidades de los diferentes sectores que conforman el CONASIDA, priorizando el Plan de Sostenibilidad y las gestiones necesarias para afrontar la respuesta de las ITS y el VIH/SIDA desde los diferentes niveles de decisión del Estado.
- Gestión multisectorial con el Ministerio de Educación para la implementación de los cuadernos itinerantes, aplicación en la curricula y formación de docentes.

b) COMITÉ FÁRMACO TERAPÉUTICO NACIONAL

- Socialización y Capacitación en las Guías actualizadas de tratamiento antirretroviral en adultos, en niños, de PTMI, de Co-infección TB/VIH.
- Abordaje clínico y programático de la Hepatitis B.
- Análisis y evaluación de Estudios de Genotipificación del VIH, recomendaciones.
- Análisis de los Indicadores de Alerta Temprana.

c) COMITÉ DE COORDINACIÓN INTERPROGRAMÁTICO TB/VIH

- Reunión ampliada Comité Nacional de Coordinación Interprogramático TB/VIH.
- Capacitación a personal de salud de los SEDES en la Guía Práctica de Co-infección TB/VIH.
- Reuniones de evaluación de los Comités Departamentales
- Evaluación de indicadores y coberturas TB/VIH.

d) COMITÉ DE ACCESO UNIVERSAL GBT-HSH

- Implementación del Estudio de Estimación de Tamaños Poblacionales y Prevalencia de VIH, Sífilis y Hepatitis B en la población HSH-GBT, EPT (SEMVBO II).
- Líneas de acción e intervenciones priorizadas para mejorar el abordaje en la población Trans.

e) COMITÉ NACIONAL DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

- Comité de Análisis de la Información a nivel nacional, con la participación de los 9 programas departamentales y el SNIS.
- Reuniones de trabajo del Comité Nacional de Monitoreo y Evaluación.

f) PROMOCIÓN DE LA SALUD Y MOVILIZACIÓN SOCIAL:

- Diseño y ejecución de campañas nacionales de prevención de las ITS y el VIH/SIDA con el involucramiento de la población en general
- Presencia institucional en eventos de concentración masiva de la población entradas folklóricas-religiosas-carnavales. Entrega de preservativos con información a la población
- Visibilización de la temática del VIH/sida en el país
- Captación de casos nuevos de manera temprana y oportuna.
- Presencia institucional en ferias interministeriales desarrolladas en todo el País.
- Población informada con conocimientos en la temática y que demandan la Prueba Rápida.

Alcance a:

- ▶ Adolescentes, jóvenes y adultos.
- ▶ Mujeres en edad fértil

El Programa Nacional vincula las acciones de promoción y prevención en coordinación con otros programas del MS.

g) DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN POR MEDIOS MASIVOS

- Entrevistas en vivo a Emisoras Radiales.
- Visitas a programas Televisivos.
- Artículos de prensa del PN sobre acciones realizadas en coordinación con el MS.
- Conferencias de Prensa: lanzamiento campañas nacionales, documentos técnico normativos y entrega de equipamiento.

Posicionamiento del Programa Nacional en cuanto a sus acciones e intervenciones de política pública.

h) PRUEBAS DE VIH EN EMBARAZADAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

- Ampliación de la cobertura de pruebas de VIH en mujeres embarazadas. en el marco de la R.M. 0521.
- Socialización de la disposición normativa en todas las intervenciones del Programa Nacional.
- Establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, ofertan la Prueba Rápida de VIH permitiendo un mejor testeo y detección temprana para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH.

- Gestión ante los Gobiernos Municipales para su aplicación.
- Ampliación de cobertura a 80% de mujeres embarazadas.
- Apoyo técnico a establecimientos de salud para la adquisición de reactivo e insumos.
- Seguimiento a los recién nacidos de madres seropositivas.

i) SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA ITS/VIH/SIDA

- Suministro gratuito de medicamentos ARV, medicamentos para IO, medicamentos para ITS, insumos y reactivos para diagnóstico y monitoreo del VIH y otras ITS.
- Servicios de atención, control y tratamiento a PVVS, poblaciones vulnerables y en riesgo (GBT HSH, TS):
- Diagnóstico y tratamiento de ITS, pruebas de laboratorio, apoyo psicológico para la adherencia, apoyo y consejería nutricional.

Con recursos TGN adquisición de:

- Pruebas Rápidas de VIH.
- Condones.
- Medicamentos para Profilaxis de IO.
- Se garantiza el tratamiento antirretroviral, para infecciones oportunistas y para ITS, así como los insumos para diagnóstico y monitoreo del VIH en PVVS.
- Liberación de impuestos a la importación de medicamentos para VIH/SIDA, representa aprox. 30% del costo total. Art. 39 Ley N° 3729.
- Respuesta nacional con presupuesto asignado por el TGN, y se facilita la adquisición de medicamentos con la liberación de impuestos.
- 4.062 PVVS reciben tratamiento antirretroviral efectivo y oportuno, además de control laboratorial de la infección (Carga Viral, CD4, químicas sanguíneas, etc.).
- Intervenciones en PTMI del VIH.
- Control y tratamiento de ITS en población vulnerable y población general

j) LAZOS SUR SUR

- El país como Secretaría Técnica Ejecutiva, organizó la VII Reunión Internacional de los países miembros de la RED LAZOS SUR-SUR en la ciudad de Cochabamba, Bolivia.
- Bolivia se consolida como país líder por los logros y resultados obtenidos entre los países de la Red.
- Impulso de la línea de la sostenibilidad entre los países de la red.
- Promoción del apoyo bilateral entre los países miembros de acuerdo a sus fortalezas.
- Re-elección de Bolivia como Secretaria Técnica de la RED.

k) TRABAJO BINACIONAL CON ARGENTINA Y BRASIL

- Reuniones de Coordinación Binacionales Bolivia – Argentina (Yacuiba – Salvador Massa), y Bolivia – Brasil (Guayamerín – Guajaramerín) para la vigilancia y atención de VIH.
- Fortalecimiento de las acciones de control y vigilancia del VIH, Sífilis y otras ITS en zonas fronterizas.
- Capacitación de personal de salud en puestos fronterizos.
- Compromiso de recursos locales para las actividades colaborativas en frontera.

5. ACTIVIDADES Y METAS 2015

a) GESTIÓN DE LA SOSTENIBILIDAD

- Elaboración del Plan de Sostenibilidad de la Respuesta Nacional a las ITS/VIH/SIDA.
- Definición de estrategias financieras y técnicas para lograr una respuesta, municipal, departamental y nacional, sostenible en el contexto de la Ley marco de Autonomías, enfatizando el trabajo multisectorial y las particularidades de cada región para controlar el VIH.

b) GESTIÓN DE SOSTENIBILIDAD / DEPARTAMENTAL

- Reuniones de gestión y coordinación con los SEDES a nivel nacional.
- Reuniones con las Secretarías de Desarrollo Social de las Gobernaciones del país.

c) GESTIÓN DE SOSTENIBILIDAD / MUNICIPAL

- Reuniones de gestión y coordinación intersectoriales con los Gobiernos Autónomos Municipales de todo el país.

d) DESCONCENTRACIÓN DE LA ATENCIÓN

- Seguimiento y evaluación del proceso de desconcentración de la atención en las ciudades capitales.
- Fortalecimiento y mejoramiento del acceso universal al diagnóstico, tratamiento con calidad y calidez, y seguimiento en todos los niveles de salud.
- Elaboración de la Guía Operativa para la Desconcentración de la Prevención y Atención del VIH/SIDA, para su adecuación en todos los departamentos.

e) SIMPLIFICACIÓN DEL ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE VIH

- Elaboración de un Plan de Simplificación del Diagnóstico del VIH, con criterios de oportunidad y calidad.
- Para contar con un nuevo algoritmo de diagnóstico de VIH, que permita:
 - mayor acceso de la población
 - diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

f) ESTUDIOS DE VIGILANCIA: POBLACIONES CLAVE

- Conclusión del Estudio de Tamaños Poblacionales y Prevalencia de VIH, Sífilis y Hepatitis B en la población HSH-GBT. en el Eje Troncal del país.

g) ESTUDIOS DE VIGILANCIA: GESTANTES

- Implementación del Estudio de Vigilancia Centinela de VIH y Sífilis en embarazadas, en el eje troncal del país en su cuarto año consecutivo.

h) COMITÉ FÁRMACO TERAPÉUTICO NACIONAL DE VIH/SIDA

- Abordaje de las Hepatitis Virales, conformación de una comisión de trabajo, para su seguimiento epidemiológico y la dotación de tratamiento a la población afectada.

g) ESTUDIOS DE VIGILANCIA: GESTANTES

- Implementación del Estudio de Vigilancia Centinela de VIH y Sífilis en embarazadas, en el eje troncal del país en su cuarto año consecutivo.

h) COMITÉ FÁRMACO TERAPÉUTICO NACIONAL DE VIH/SIDA

- Abordaje de las Hepatitis Virales, conformación de una comisión de trabajo, para su seguimiento epidemiológico y la dotación de tratamiento a la población afectada.



6. DESAFÍOS 2015

- Proporcionar atención y tratamiento permanente a las personas que viven con el VIH/SIDA, buscando los inicios de Tratamiento con la dosis única (TEL), y mejorar la atención a los usuarios de los CDVIR (poblaciones vulnerables).
- Desconcentración de los servicios de los CDVIR, en prevención, diagnóstico de ITS/VIH/SIDA y atención a pacientes, hacia la red de servicios de salud.
- Intensificación campaña de prevención de las ITS y VIH/SIDA en población en general.
- Diseño nuevas estrategias de comunicación en el marco del CONASIDA (Art. 13 de la Ley 3729).
- Cerrar la brecha del 20% en la promoción y la cobertura de la prueba de VIH y Sífilis en mujeres embarazadas, para la prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita.
- Incrementar la promoción y el acceso a la prueba rápida de VIH en la ejecución de campañas (ferias y festividades con pre-consejería y otros)
- Mayor número de la población en general con conocimientos y utilizando el condón de forma correcta, y consistente, para la prevención de las ITS y el VIH/SIDA (intensificación del trabajo con los CDVIR y CRVIRs)
- Fortalecer y optimizar la gestión del suministro de medicamentos e insumos en el marco del SNUS.
- Gestión para que los gobiernos departamentales y municipales realicen sus actividades en la respuesta nacional a las ITS, las Hepatitis Virales y el VIH/SIDA enmarcadas en el PEM 2013 – 2018.
- Gestionar mayor asignación de recursos del TGN (niveles nacional, departamental y municipal) para desarrollar las estrategias de prevención de las ITS, Hepatitis Virales y el VIH/Sida, la atención y tratamiento integral de PVVS.

Programa Nacional de Control de Tuberculosis



I. ANTECEDENTES

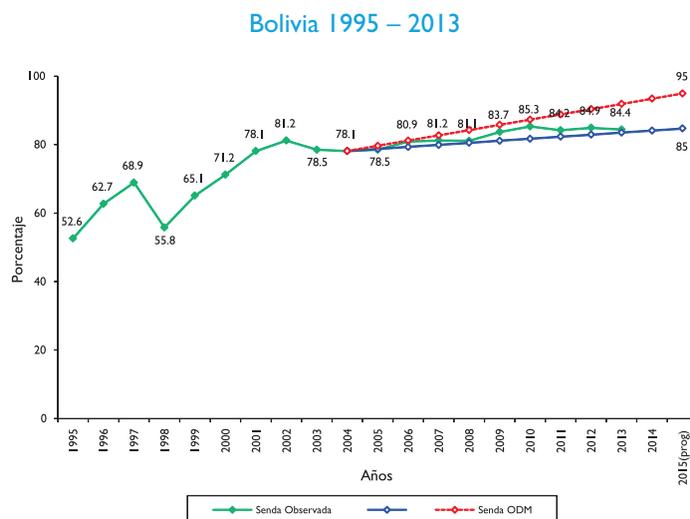
En Bolivia el control de la Tuberculosis (TB) fue declarado prioridad nacional por Resolución Ministerial 0-400 del 18 de julio del 2003.

Desde 1999, el Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT) expandió la Estrategia DOTS (Tratamiento Directamente Observado), fortaleciendo las diferentes modalidades en la observación del tratamiento institucional, con participación de la comunidad.

Actualmente el país, está comprometido con la Estrategia “Alto a la Tuberculosis” para el logro de los Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM).

2. EVALUACIÓN DE INDICADORES

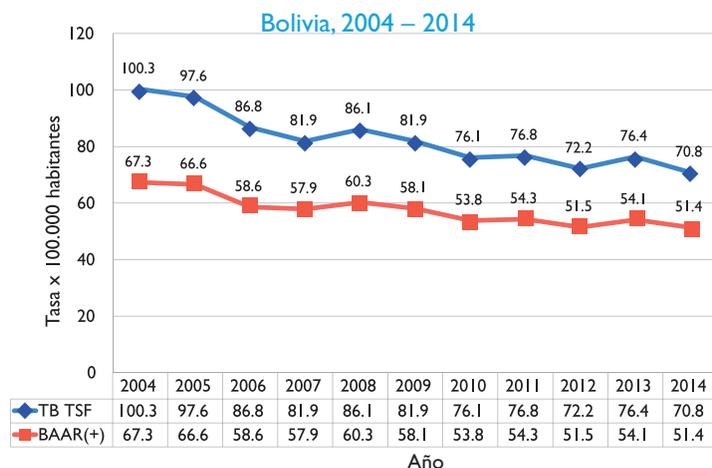
Gráfico N° I - Tasa de curación de casos nuevos TBP BAAR(+) y senda de Objetivos de Desarrollo del Milenio, Bolivia 1995 – 2013



Fuente: Programa Nacional de Control de Tuberculosis / Unidad de Epidemiología

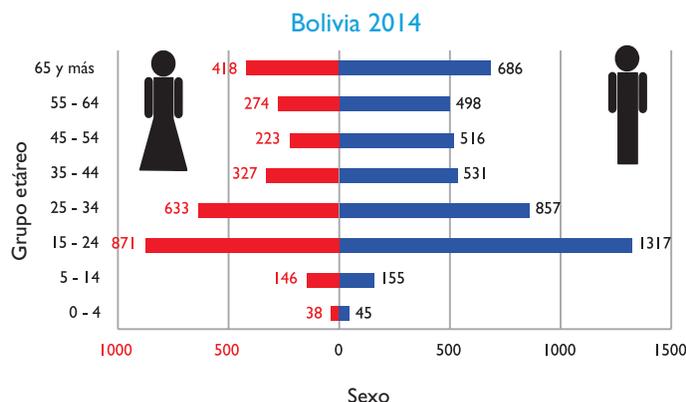
Indicador	
85 %	Curados en casos nuevos TBP BAAR(+) Meta ODM al 2015
84.4%	Curados en casos nuevos TBP BAAR(+) notificados
86.4%	Éxito de tratamiento en casos nuevos TBP BAAR(+)

Gráfico N° 2 - Tasa de incidencia notificada de TB TSF, TBP BAAR (+) x 100.000 habitantes



Fuente: Programa Nacional de Control de Tuberculosis / Unidad de Epidemiología

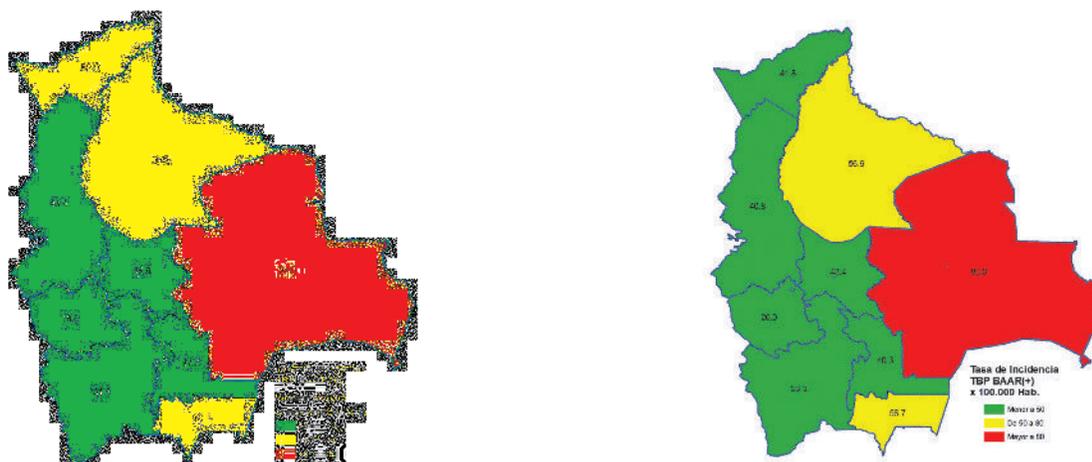
Gráfico N° 3 - Estratificación de casos de TB TSF nuevos por edad y sexo



Fuente: Programa Nacional de Control de Tuberculosis / Unidad de Epidemiología

En el gráfico N° 3 el grupo etario más afectado por la enfermedad de la tuberculosis es el grupo comprendido entre los 15 a 34 años.

Mapa N° 1 - Estratificación de la tasa de incidencia notificada de TBP BAAR (+), Bolivia 2013 – 2014

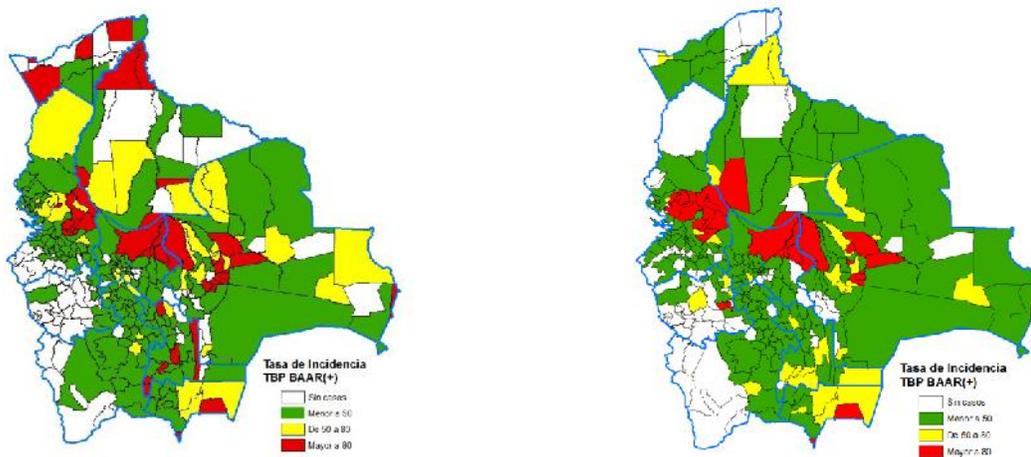


Fuente: Programa Nacional de Control de Tuberculosis / Unidad de Epidemiología

En los periodos 2013-2014, en la geostratificación del riesgo el departamento de Santa Cruz presenta la mayor tasa de incidencia (> 80 x 100.000 Hab.), seguido por los departamentos de Tarija y Beni (50 a 80 x 100.000 Hab.) y finalmente los departamentos de Cochabamba, Pando, La Paz, Chuquisaca, Potosí y Oruro, presentan tasas menores a 50 x 100.000 Hab.

Mapa N° 2 - Estratificación de tasa de incidencia notificada de TBP BAAR (+) por municipios,

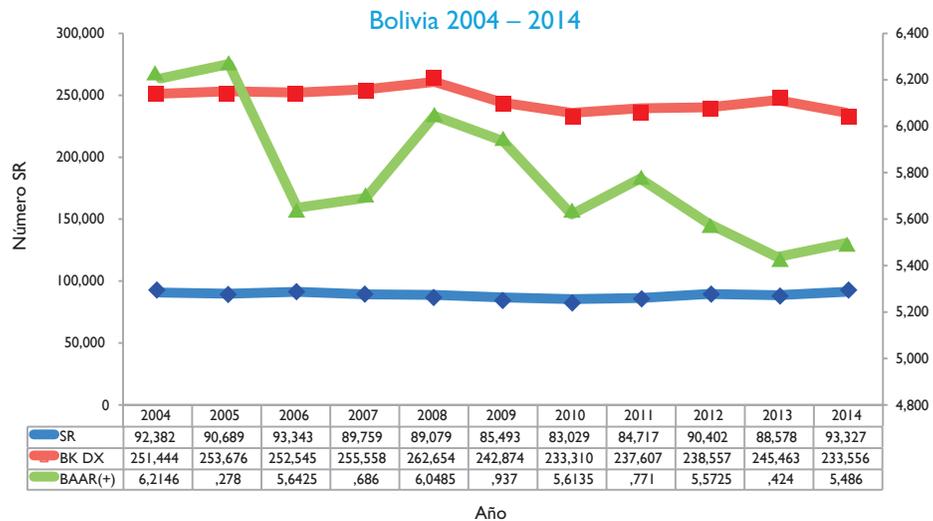
Bolivia 2013 - 2014



Fuente: Programa Nacional de Control de Tuberculosis / Unidad de Epidemiología

En los periodos 2013-2014, en la geostratificación del riesgo por municipios en los departamentos del eje central: Santa Cruz, Cochabamba y La Paz, acompañados de Tarija, varios municipios presentan altas tasas de incidencia (> 80 x 100.000 Hab.).

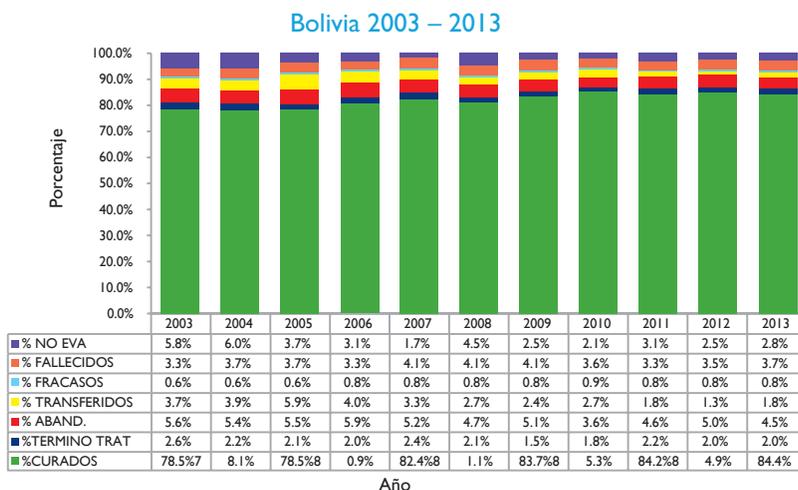
Gráfico N° 4 - Número de sintomáticos respiratorios, baciloscopías diagnósticas y TBP BAAR (+),



Fuente: Programa Nacional de Control de Tuberculosis / Unidad de Epidemiología

La tendencia en la captación de SR (Sintomático Respiratorio) desde hace 10 años se encuentra estacionaria. Para captar un caso TBP BAAR(+) se ha diagnosticado a 16 SR. El promedio de baciloscopías por sintomático respiratorio es de 2,7.

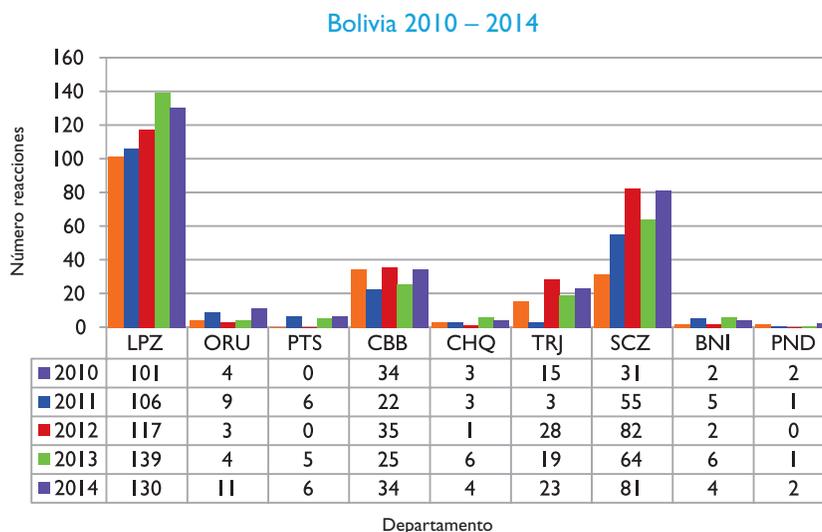
Gráfico N° 5 - Análisis de cohorte casos nuevos TBP BAAR (+) notificados,



Fuente: Programa Nacional de Control de Tuberculosis / Unidad de Epidemiología

2012	2013	Indicador
84.9 %	84.4 %	Curados en casos nuevos TBP BAAR(+) en la gestión.
0.8 %	0.8 %	Fracasos en casos nuevos TBP BAAR(+) en la gestión.
86.9 %	86.4 %	Tasa de éxito de tratamiento (curados + termino tratamiento) en casos nuevos TBP BAAR(+)

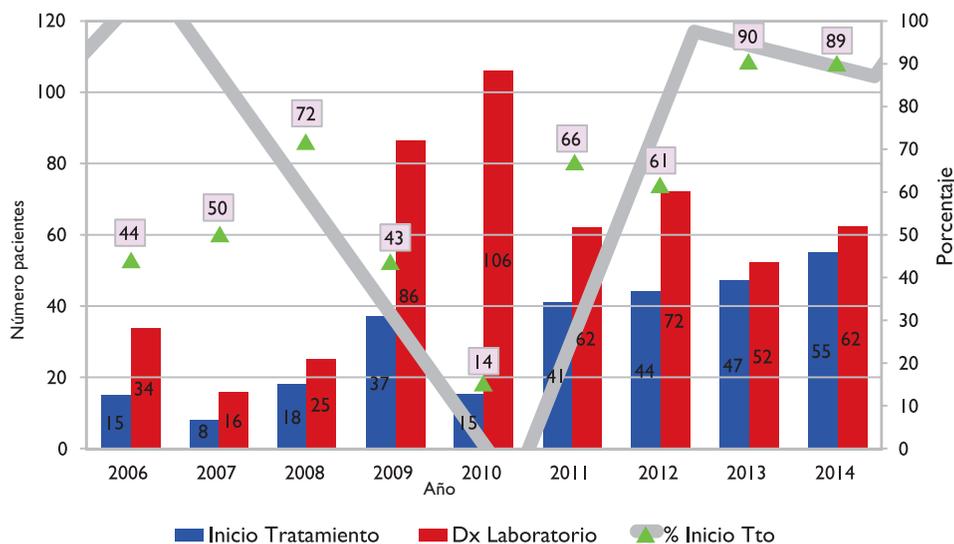
Gráfico N° 6 - Número de reacciones adversas a fármacos antituberculosos notificadas,



Fuente: Programa Nacional de Control de Tuberculosis / Unidad de Epidemiología

Departamento	% de casos RAFA – 2013	% de casos RAFA - 2014
La Paz	51.7%	44.2%
Santa Cruz	23.8%	27.6
Cochabamba	9.3%	11.6%

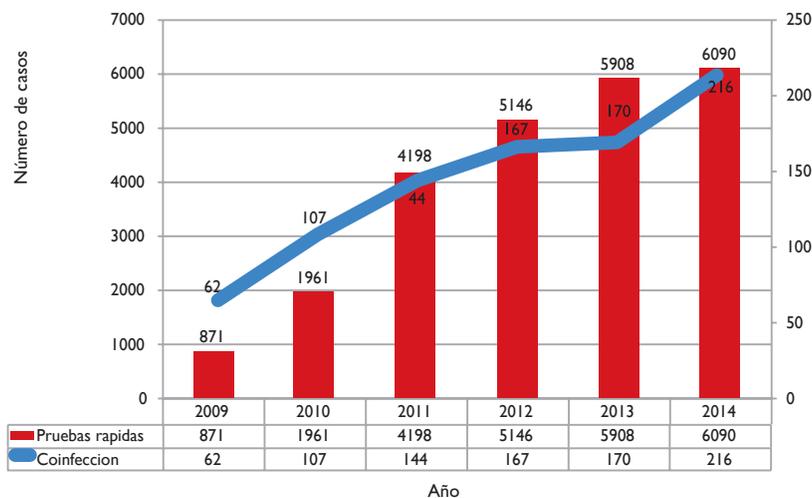
Gráfico N° 7 - Número y proporción de pacientes TB MDR que inician tratamiento, número de pacientes TB MDR reportados por laboratorio, Bolivia 2006 – 2014.



Fuente: Programa Nacional de Control de Tuberculosis / Unidad de Epidemiología

Año	Casos TB-MDR	Iniciaron Tratamiento
2012	72	61%
2013	52	90%
2014	58	89%

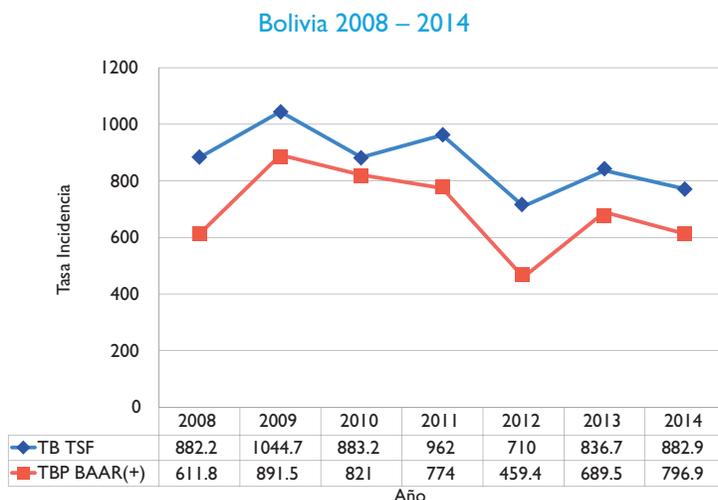
Gráfico N° 8 - Número de pruebas rápidas de VIH en pacientes con TB y número de casos de coinfección TB/VIH notificados, Bolivia 2009 – 2014



Fuente: Programa Nacional de Control de Tuberculosis / Unidad de Epidemiología

Año	Pruebas rápidas	Caso TB/VIH
2012	5146	167
2013	5908	170
2014	6090	216

Gráfico N° 9 - Tasa de incidencia de TB TSF, TBP BAAR(+) de Centros Penitenciarios,



Fuente: Programa Nacional de Control de Tuberculosis / Unidad de Epidemiología

3. Logros

- Publicación del Plan y Guía de Monitoreo y Evaluación del PNCT.
- Publicación de la Guía Práctica de Coinfección TB/VIH
- Equipamiento a centros penitenciarios: aire acondicionado, refrigeradores, balanzas-tallímetros, tensiómetros digitales, fonendoscopios, refacción de camillas, escritorios, tubo de oxígeno, televisor, computadora (San Pedro de La Paz, San Pedro de Oruro, Mocoví de Trinidad, Palmasola de Santa Cruz, San Antonio, San Sebastián Varones y el Abra de Cochabamba y Villa Busch de Cobija).
- Mejora de la infraestructura de las sanidades de los centros penitenciarios de Villa Busch de Cobija, Mocoví de Trinidad, Chonchocoro de La Paz, San Pedro de Oruro y Palmasola de Santa Cruz.
- Fortalecimiento de la vigilancia de la droga resistencia a través de la implementación de la Prueba de Sensibilidad y Resistencia a fármacos antituberculosos de primera línea en el laboratorio de referencia departamental de Chuquisaca.

5. Desafíos 2015

- Incluir las prestaciones de salud para los pacientes TB-DR/RAFA en el Seguro de Salud Integral.
- Actualización del manual de normas de TB y las Guías de TB-DR y RAFA.
- Fortalecer la vigilancia de la drogoresistencia a través de la realización del Test de Sensibilidad y Resistencia a todo paciente TBP (BAAR (+)) en el país.

Programa Nacional de Vigilancia de Colera /ETAs



I. ANTECEDENTES

Las Enfermedades Transmitidas por los Alimentos (ETA's) abarcan un amplio espectro de enfermedades y constituyen un problema de salud pública creciente en todo el mundo. Se deben a la ingestión de alimentos contaminados por microorganismos o sustancias químicas. La contaminación de los alimentos puede producirse en cualquier parte de la cadena alimenticia, por lo que se debe trabajar en procesos que abarcan "de la granja al tenedor". La vigilancia de las ETA's es esencial para caracterizar la dinámica epidemiológica y orientar la planificación de las políticas y estrategias de control y prevención.

El Programa Nacional de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos coordina técnicamente con:

- INLASA (Instituto Nacional de Laboratorios de Salud): Laboratorio de Alimentos, Laboratorio de Bacteriología, Coordinación de la RELOAA (Red de Laboratorios Oficiales de Análisis de Alimentos) y UVCCIA (Unidad de Vigilancia, Control y Calidad de Inocuidad Alimentaria).
- CENETROP (Centro Nacional de Enfermedades Tropicales).
- SEDES (Servicio Departamental de Salud): Unidad Departamental de Salud Ambiental y Unidad Departamental de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos.
- Direcciones Municipales de Salud.

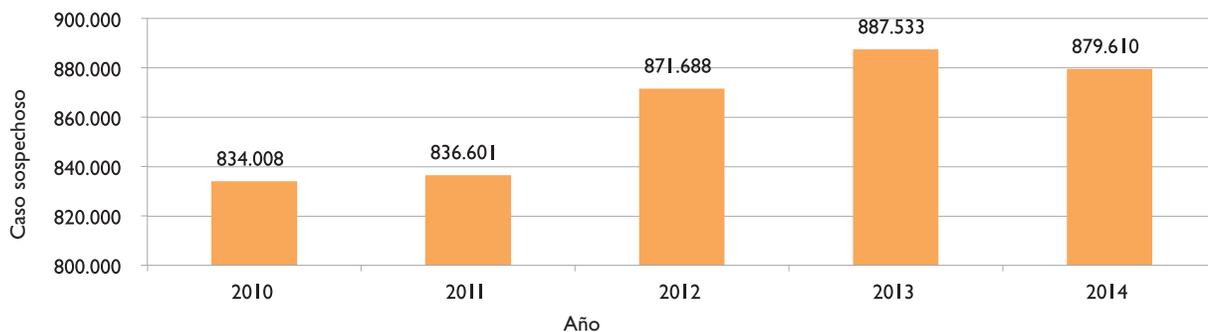
2. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

a) Enfermedades Diarreicas Agudas

Las Enfermedades Diarreicas Agudas en nuestro país han tenido un comportamiento sostenido dentro del rango de 834,008 a 887,533 casos.

El comportamiento del presente año 2014 no sale de la tendencia de los últimos 8 años.

Gráfico N° I - Casos sospechosos de EDA's
Bolivia, 2010 - 2014



Fuente: Programa Nacional de Vigilancia de Colera - ETAs / Unidad de Epidemiología

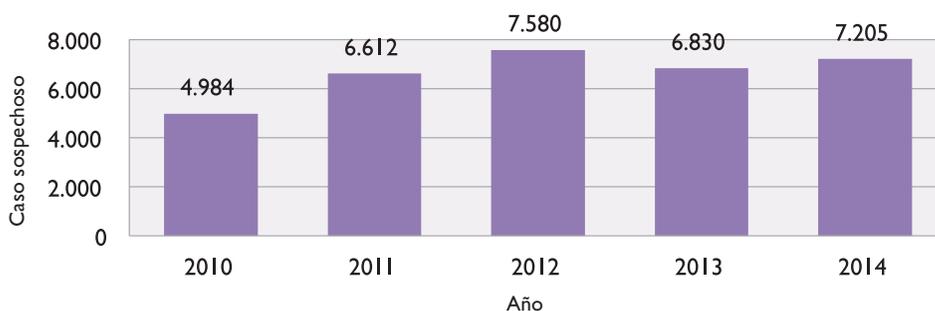
b) Enfermedades Transmitidas por Alimentos.

Las Enfermedades Transmitidas por Alimentos en nuestro país han tenido un comportamiento sostenido dentro del rango de 4,984 a 7,580 casos sospechosos.

El comportamiento del presente año 2014 no sale de la tendencia de los últimos 5 años.

Gráfico N° 2 - Casos sospechosos ETAs

Bolivia, 2010 - 2014



Fuente: Programa Nacional de Vigilancia de Colera - ETAs / Unidad de Epidemiología

3.- SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE BOLIVIA 2014,

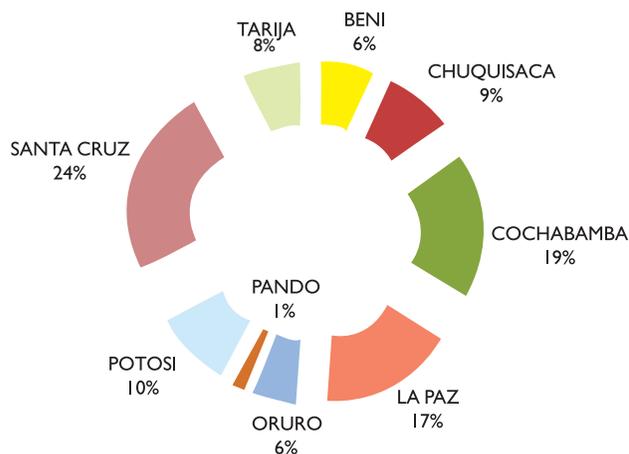
a). Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Diarreicas Agudas.

En el análisis epidemiológico realizado de las EDAs (Enfermedades Diarreicas Agudas) en la gestión 2014 de Enero a Diciembre se registraron 879,610 casos, siendo el departamento de Santa Cruz el que tiene el mayor número de casos con 173,953 y que representa el 24% del total de casos de EDAs del país, es seguido por los departamentos de Cochabamba y La Paz con 133,568 y 133,568 casos representando el 19 % y 17 % de los casos de EDAs respectivamente, el resto de los departamentos tienen porcentajes por debajo del 10 %.

Por tanto el 60 % de carga de la enfermedad diarreica aguda está concentrada en el eje Santa Cruz, Cochabamba y La Paz.

Gráfico N° 3 - Distribución porcentual de casos sospechosos de EDA's,

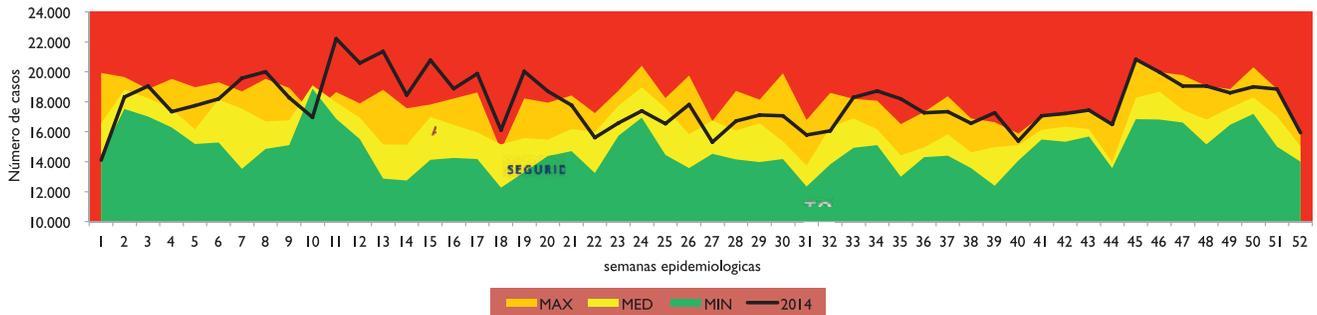
Bolivia, 2014



Fuente: Programa Nacional de Vigilancia de Colera - ETAs / Unidad de Epidemiología

Las EDAs y su comportamiento en el tiempo a nivel nacional de enero a diciembre se mantuvieron en la zona de éxito del canal endémico, En los departamentos se tuvo comportamientos variados La Paz y Oruro ingresaron en las 15 SE (semanas epidemiológicas) en zona de epidemia, los departamentos de Tarija, Cochabamba y Santa Cruz ingresaron a zona de epidemia 5,4 y 2 SE respectivamente.

Gráfico N° 4 - Corredor endémico de EDAs BOLIVIA, 2014



Fuente: Programa Nacional de Vigilancia de Colera - ETAs / Unidad de Epidemiología

b). Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETAs)

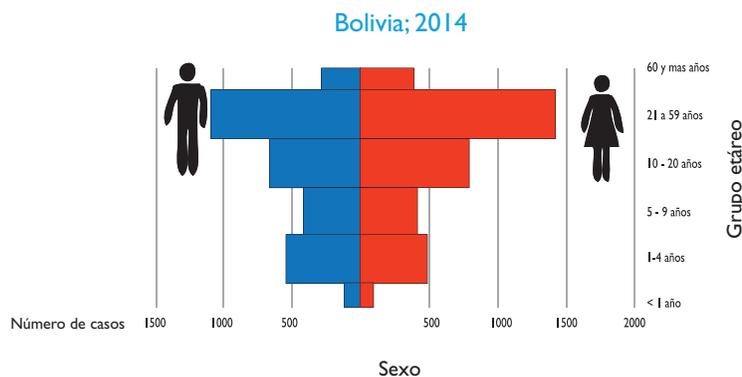
En el análisis epidemiológico realizado de las ETAs (Enfermedades Transmitidas por Alimentos) en la gestión 2014, de Enero a Diciembre de 2014 se registraron 6,230 casos de ETAs, 7,9 % menos casos que los reportados en la gestión 2013. En la gestión 2014 el departamento de Santa Cruz tiene el mayor número de casos con 3,339, que representa el 58 % del total de casos de ETAs del país, seguido por los departamentos de La Paz y Chuquisaca con 512 y 610 casos representando el 9 % y 11 % respectivamente, el resto de los departamentos tienen porcentajes por debajo del 9 %.

Más del 70 % de carga de la Enfermedad Transmitida por Alimentos está concentrada en Santa Cruz, La Paz y Chuquisaca.

Las ETAs y su comportamiento en el tiempo a nivel nacional de enero a diciembre se mantuvieron en la zona de éxito del canal endémico. En los departamentos tuvo comportamientos variados, Santa Cruz con 71 casos tiene el promedio de casos más alto, seguido de los departamentos de Cochabamba, Chuquisaca y Tarija con promedios de 14%, 13% y 12% respectivamente por SE.

La Paz y Oruro que ingresaron a la 13 SE (semanas epidemiológicas) en zona de epidemia, los departamentos de Tarija, Cochabamba y Santa Cruz ingresaron a zona de epidemia 4,3 y 2 SE respectivamente.

Gráfico N°5 - Casos de ETAs por grupo etáreo y sexo



Fuente: Programa Nacional de Vigilancia de Colera - ETAs / Unidad de Epidemiología

La razón de las ETAs en la gestión 2014 fue de 1,0. Por cada 10 casos de ETAs en varones, se reportaron 10 casos de ETAs en mujeres.



Durante la gestión 2014 el 40% de los casos de ETAs están en el grupo etareo de 21 a 59 años, seguido del grupo etareo de 10 a 20 años con el 20,1% de los casos, entre ambos de la carga de la enfermedad por transmisión de alimentos.

4. LOGROS ALCANZADOS

- Conformación de comités interinstitucionales para promoción, prevención y control de Enfermedades Transmitidas por Alimentos en los departamentos del país.
- Lanzamiento de la red de laboratorios centinela clínico.
- Validación e implementación de la norma de ETAs

5. DESAFÍOS 2015

- Fortalecer la vigilancia laboratorial de entero patógenos (Salmonella, Shiguella, Campylobacter jejuni, E. coli).
- Validación e implementación de la Norma de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos a nivel nacional.

Programa Nacional de Zoonosis



I. ANTECEDENTES.

Las enfermedades zoonóticas constituyen un extenso número alrededor de 150 clases de infecciones e intoxicaciones humanas que tienen reservorios en los animales.

El acelerado crecimiento de las urbes en muchos países subdesarrollados, la inmensa pobreza de las poblaciones, la falta de servicios públicos (agua y drenaje), la marcada desnutrición, la ignorancia, los conflictos sociales y la falta de atención médica oportuna han contribuido al incremento de los riesgos entre la población de contraer enfermedades de tipo zoonóticas agravadas por el constante aumento de la población de animales.

Es de considerar que muchos de los desórdenes actuales en la naturaleza han sido provocados por el hombre, también autor de la difusión de muchas enfermedades zoonóticas por el mundo. Cuando una zoonosis se establece en algún sitio, la difusión se acelera cuando el ser humano utiliza productos que obtiene de animales enfermos, tales como leche carne, huevos; lana, pieles, entre otros, provenientes de animales infectados, que son vehículos importantes de transmisión de enfermedades.

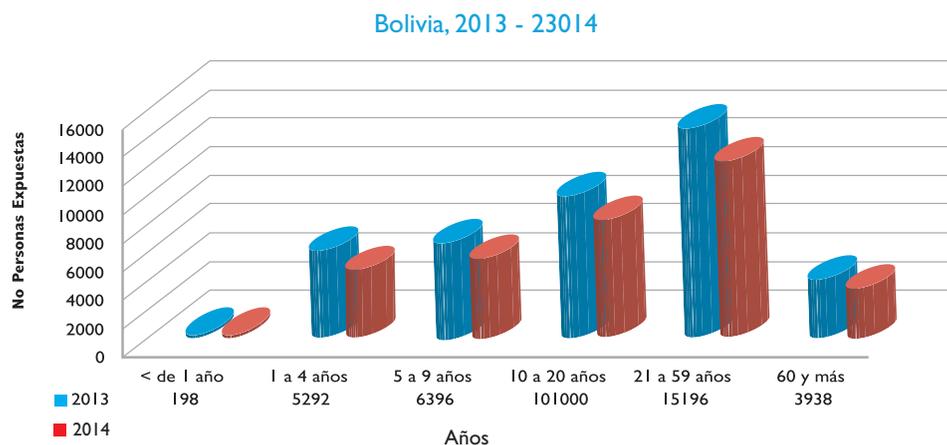
La mordedura de un animal puede ser motivo de la transmisión de la rabia. Esta es una enfermedad tan antigua como la humanidad misma. En nuestro País, en estos últimos 5 años (2010-2014) la rabia presentó oscilaciones en su incidencia. En la gestión 2010 se presentaron 124 casos de rabia en perros, con un incremento en la gestión 2011 a 264, en la gestión 2012 se reportaron 236 casos, disminuyendo a 210 casos en la gestión 2013 y 220 en la gestión 2014 .

En Bolivia, en la gestión 2013 al 2014 se registraron 4 defunciones en humanos por el virus de la rabia, 1 en el departamento de Santa Cruz durante la gestión 2013; 2 en el Departamento de Oruro y 1 en Departamento del Beni (Gráfico N. 1).

2. ANALISI EPIDEMIOLÓGICO

En la gestión 2013 se reportaron 41.120 personas expuestas al virus rábico el cual recibieron profilaxis esquema completo 8.237 personas, para la gestión 2014 se reportaron 33.902 personas expuestas al virus rábico de los cuales 7.298 personas recibieron profilaxis esquema completo (Gráfico N. 1).

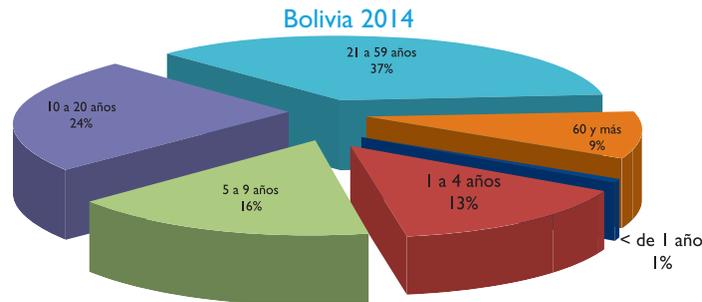
Gráfico N.º 1 - Número de personas expuestas al virus rabico por grupo de edad



Fuente: Programa Nacional de Zoonosis / Unidad de Epidemiología

En la gestión 2014 el mayor porcentaje de personas expuestas al virus rábico fue de 37% en el grupo etareo de 21 a 59 años, en un 24% en un rango de 10 a 20 años y un 16% de 5 a 9 años de edad (Grafico N°. 2).

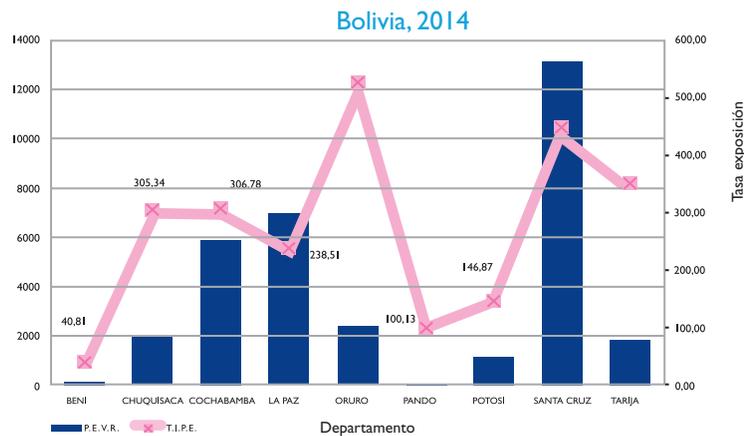
Gráfico N°. 2 - Proporción de personas expuestas al virus rabico por grupo de edad,



Fuente: Programa Nacional de Zoonosis / Unidad de Epidemiología

En esta gestión de acuerdo a la tasa de personas expuestas al virus, los departamentos que tendrían mayor exposición en correlación son: Oruro (524 x 100.000 personas), Santa Cruz (448 x 100.000 personas), Tarija (349 x 100.000 personas), Cochabamba (306 x 100.000 personas) y Chuquisaca (305 x 100.000 personas) (Grafico N. 3).

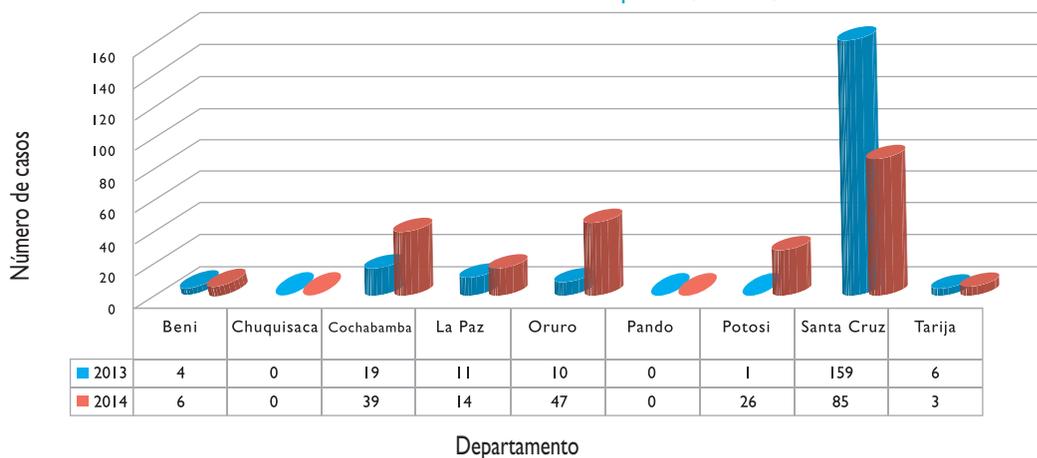
Gráfico N° 3 - Tasa de personas expuestas al virus rábico por departamento (x100,000)



Fuente: Programa Nacional de Zoonosis / Unidad de Epidemiología

En la gestión 2013 se reportaron un total de 210 casos de rabia en perros confirmados por laboratorio en comparación con la gestión 2014 donde se reporto 202 casos confirmados, de los cuales el departamento de Santa Cruz presento 82 casos, Oruro 40 casos, Cochabamba 33 y Potosí 24 (Grafico N. 4)

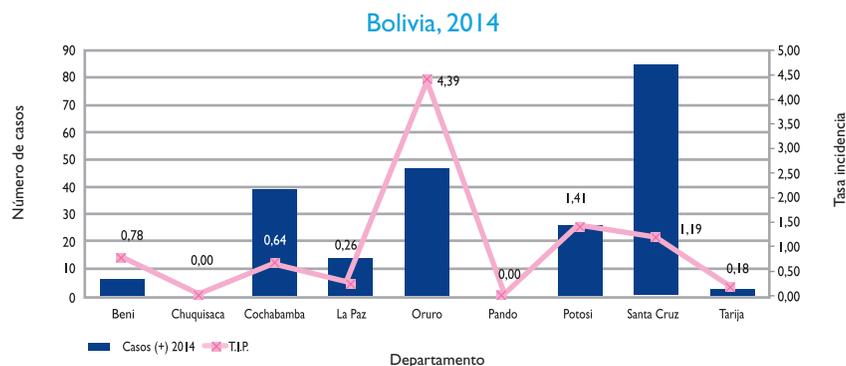
Gráfico N. 4 - Casos de rabia en perros, Bolivia, 2013 - 2014



Fuente: Programa Nacional de Zoonosis / Unidad de Epidemiología

En la gestión 2014 la mayor tasa de incidencia se encuentra en el departamento de Oruro con 3.25 x 10.000 perros, seguido de Potosí con 1.41 x 10.000 perros y Santa Cruz con 1.19 x 10.000 perros (Gráficos N° 4 y 5).

Gráfico N° 5 - Tasa de incidencia rabia en perros



Fuente: Programa Nacional de Zoonosis / Unidad de Epidemiología

3. LOGROS

- Se ha logrado vacunar a 2.900.161 perros y gatos de los cuáles fueron perros en los 9 Departamentos del país. Distribuyendo un total de 3.391.161 vacunas a nivel nacional con un costo de Bs. 4.950.000
- Se llegó a distribuir vacunas antirrábicas humanas 13.000 mil series para prevenir la rabia en humanos a causa de la mordedura de perros con un costo total de Bs. 780.000. Sueros heterólogos para la prevención de la rabia en accidentes por mordedura de perros (heridas profundas y abiertas) con un costo de Bs. 180.000
- La inversión del Ministerio de Salud en comprar estos insumos para prevenir rabia en perros y humanos es de Bs. 5.910.000 millones. Todos estos insumos son entregados de forma gratuita a los diferentes SEDES a nivel nacional y su distribución a nivel Municipal.
- Se ha logrado alcanzar una cobertura de vacunación antirrábica canina mayor de 86% en 9 departamentos.
- Se llegó a entregar y distribuir tabletas de Engaten para poder controlar y reducir la carga parasitaria de la fasciola hepática en las personas de norte del altiplano de La Paz logrado desparasitar a 149.379 personas en las 4 redes de salud (4, 5, 6 y 9) del Departamento de La Paz, alcanzando una cobertura del 83 %.



- Se gestionó Bs. 116.000 con la Alcaldesa del Municipio Autónomo de Oruro, para la realización de actividades de promoción, información, educación y prevención para poder controlar la sobre población de perros y la circulación del virus rábico en el Municipio de Oruro y así evitar decesos, humanos por esta enfermedad.
- Implementación de la primera fase del laboratorio de diagnóstico para Rabia (inmunofluorescencia y parasitosis) en las instalaciones de la facultad de veterinaria Universidad autónoma de Trinidad "José Balivian"



- Descentralización de la profilaxis antirrábica para la atención de personas en riesgo del virus rábico ocasionada por la mordedura de perros, esta con el propósito que los diferentes establecimientos de salud de 1er, 2do y tercer nivel realicen la atención a la población ya que en los años anteriores solo lo realizaba el SEDES-Beni de la ciudad de la Santísima Trinidad del departamento del Beni, beneficiando así a toda la población de este departamento.

5. DESAFIOS 2015

- Reducir las notificaciones por agresiones de perros a nivel nacional.
- Implementación del servicio de profilaxis y vacunación antirrábicas a otros municipios a nivel nacional.
- Gestionar mediante los municipios recursos económicos para la adquisición de insumos destinados a la prevención y control de las enfermedades zoonóticas de Salud Pública.
- Funcionamiento de los CEMZOOs desde sus laboratorio para el diagnóstico de las enfermedades zoonóticas en animales. Warnes, Montero y la Ciudad de El Alto.
- Implementar estudios pilotos en Hidatidosis, Teniasis/Cisticercosis, Geohelminthos en los municipios en riesgo.
- Implementar en la red de laboratorios el diagnóstico de Enfermedades Zoonóticas Parasitarias mediante la Guía y Protocolos de diagnóstico laboratorial (CONALAB, CODELAB, INLASA, CENETROP, LIDIVET, LIDIVECO, ETC).
- Vigilancia y estudio piloto de línea de base en Toxoplasmosis mediante diagnóstico laboratorial en niñas y jóvenes de edad fértil a nivel nacional
- Reducir los casos positivos de rabia a nivel nacional esto con estrategias de prevención, esterilización de perros y educación sobre la tenencia responsable de animales en las unidades educativas.
- Realizar gestiones de coordinación de manera integrada interinstitucional para la prevención y control de las enfermedades zoonóticas (Ministerio de Desarrollo Rural y Tierras, Ministerio de Educación, Ministerio de Medio Ambiente y Municipios).
- Compra de vacuna de cultivo celular por su potencialidad de inmunidad de dos años en perros uso canino con el objetivo de disminuir los casos positivos de rabia en nuestro país.



Programa Nacional de Vigilancia y Control de Accidentes por Ofídios y Animales Ponzñosos



I. ANTECEDENTES.

El 2010 el Ministerio de Salud incluyó en las políticas de salud la prevención, control y tratamiento específico los accidentes por mordedura de serpientes en el formulario 302 del SNIS-VE, considerándolo nuevamente como evento de interés en salud pública.

Más del 70% del territorio está formado por valles y llanos amazónicos y albergan 22 especies de serpientes venenosas de las cuales los géneros *Bothrops*, *Crotalus* y *Laquesis* son las que generan más accidentes mientras que el género *Micrurus* no tiene impacto en los indicadores de salud.

Desde el año 2012 el Programa Nacional de Vigilancia y Control de los Accidentes por Ofídios y Animales Ponzñosos (PNOP) realiza tareas de formación a personal de salud e implementación en los establecimientos de salud para realizar el diagnóstico clínico, tratamiento y prevención de este tipo de accidentes y de esta manera tener una vigilancia epidemiológica de reporte obligatorio.

Durante el año 2013 se notificaron a través del (SNIS-V) 760 casos de accidente ofídico, el 2014 se reportaron 719 casos de atención por mordedura de serpientes, teniendo un descenso de la notificación de un 40%.

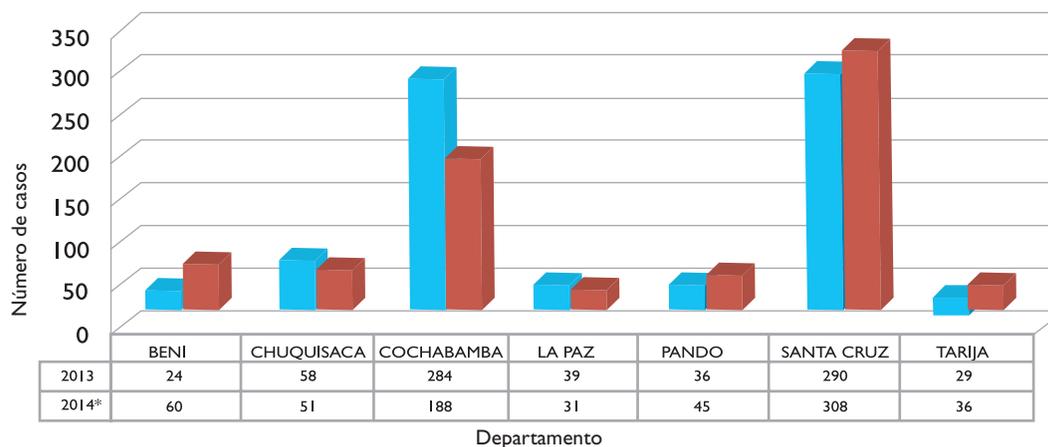
El PNOP cuenta con responsables en 7 departamentos; La Paz, Cochabamba, Chuquisaca, Tarija, Beni, Pando y Santa Cruz, quienes tienen la tarea de realizar el seguimiento epidemiológico de los casos atendidos en sus municipios y la distribución de los sueros antiofídicos en las zonas de riesgo, para esta actividad el PNOP de la unidad de epidemiología dependiente del Ministerio de Salud entrega los sueros antiofídicos de manera oportuna para atención de personas que son afectadas con este accidente.

También se reportó 3 casos de picadura de arácnidos de los cuales 2 fallecieron por la picadura de una Viuda Negra y una persona fue recuperada en el Hospital Viedma de la Ciudad de Cochabamba.

2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.

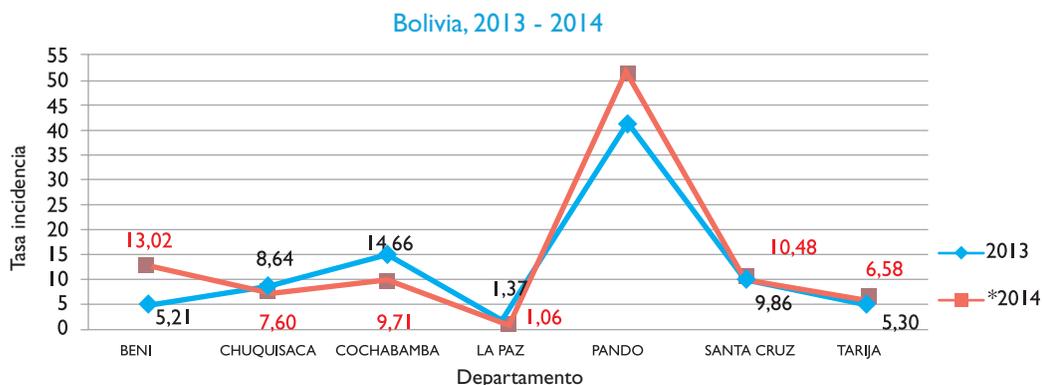
Gráfico N° 1 - Casos de accidentes por mordedura de serpientes

Bolivia, 2013 – 2014



Fuente: Programa Nacional de Vigilancia y Control de Accidentes por Ofídios y Animales Ponzñosos / Unidad de Epidemiología

Gráfico N° 2 - Tasa de incidencia de accidentes por ofidios,



Fuente: Programa Nacional de Vigilancia y Control de Accidentes por Ofidios y Animales Ponzosñosos / Unidad de Epidemiología

A pesar de los esfuerzos que se han llevado a cabo en los últimos años, el accidente ofídico continúa siendo una importante causa de mortalidad y morbilidad en el mundo así como en Bolivia, ya que estos ocurren en lugares de actividad agrícola-agropecuaria, trabajos de electrificación, petrolera, caminos, turismo, casos esporádicos en laboratorio, zoológicos, etc.

Los departamentos con mas reportes son Santa Cruz 308 casos y atendidos, seguido de Cochabamba con 188, Beni con 60, seguido de La Paz con 31 casos. Las atenciones realizadas fueron hasta la rehabilitación de las personas afectadas.

Tabla N° 1 - Casos atendidos por accidente ofídico

Bolivia, 2013 - 2014

Gestión	Casos atendidos
2013	760
2014	719

Fuente: Programa Nacional de Vigilancia y Control de Accidentes por Ofidios y Animales Ponzosñosos / Unidad de Epidemiología

2. LOGROS

719 PERSONAS CON TRATAMIENTO ANTIOFIDICO



3. DESAFIOS 2015

- Estudio y recolección de arácnidos, escorpiones o insectos que provoquen una reacción alérgica o envenenamiento por toxinas actividad que se realiza a nivel nacional considerando que casi el 70% de nuestro territorio son valles y trópicos, siendo el habitat de estos animales, además que la población migra a estos lugares trabajando en el ámbito agropecuario.



- Elaboración del “Atlas Informativo de Animales de Ponzosñosos por Municipio y Departamento”.
- Trabajo interinstitucional con comunidades de riesgo para la prevención de los accidentes por arácnidos y otros tipos de insectos que provocan intoxicaciones (envenenamientos).
- Implementación del “Manual de Atención y Prevención por Accidentes por Picadura de Animales Ponzosñosos” y la compra de sueros anti arácnidos (liofilizados) para prevenir decesos en la población.
- Compra de sueros antiofídicos liofilizados para la distribución de estos a lugares de riesgo donde no cuentan con cadena de frío y que las incidencias sean altas en temporada de zafra, castaña y lluvias.

Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Influenza



I. ANTECEDENTES

Entre abril y octubre de 2009, el sistema de vigilancia notificó alrededor de 19 300 casos sospechosos de Influenza A (H1N1)pdm09, de los cuales se confirmaron por laboratorio 2 322 casos, con una tasa de incidencia de 23 por 100 000 hab., 62,5% notificados en el departamento de Santa Cruz, 10,3% en Cochabamba y 20,2% en La Paz. Siendo el 51% de los casos de sexo masculino. El número de defunciones en el mismo periodo fue de 56 casos, de los cuales 39,3 % en el departamento de La Paz y 19,6% en Santa Cruz, con una tasa de letalidad de 2%.

A partir de la gestión 2010 se inició la vigilancia de virus respiratorios, este año se notificaron 614 casos confirmados de Influenza A (H1N1)pdm09, lo cual correspondió al 67% de los virus respiratorios identificados, el 2011 se notificaron 1088 casos confirmados que representaron el 60% de los virus respiratorios en esa gestión, el 2012 se notificaron 1074 casos confirmados (57%), el 2013 se notificaron 527 casos confirmados (57%).

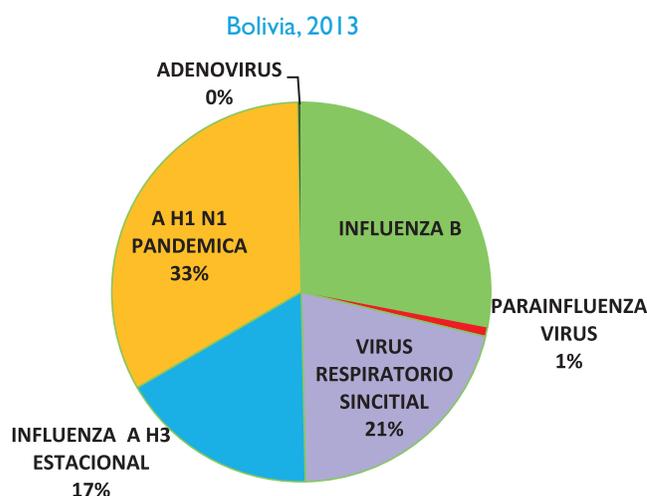
2. EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2009 A 2014

Desde la notificación de casos de Influenza A (H1N1)pdm09 en el país, se dió inicio a la vigilancia centinela de virus respiratorios, la cual permitió vigilar la actividad de virus respiratorios.

Durante la gestión 2013, se identificaron los siguientes virus respiratorios: Influenza A (H1N1)pdm09 (33%), Influenza B (28%), Virus Sincitial Respiratorio (21%), Influenza A (H3N2) (17%) y Parainfluenza (1%).

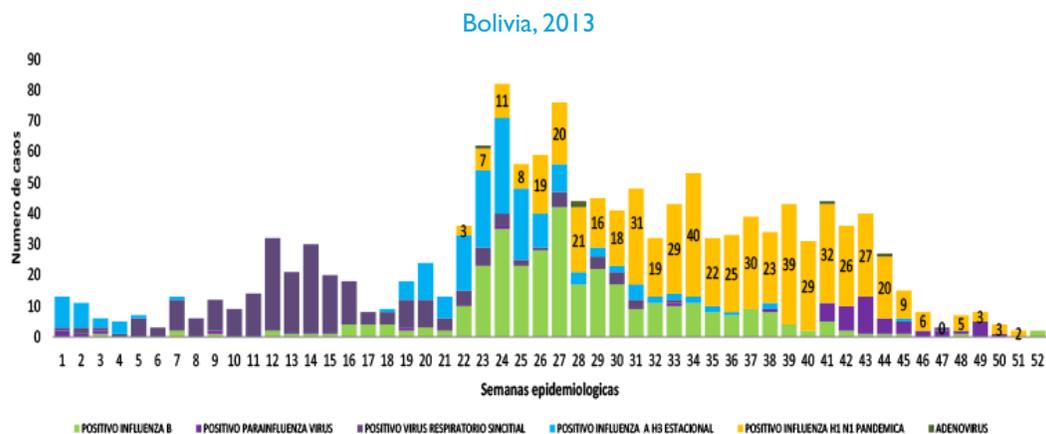
Durante el 2014 los casos notificados estuvieron dentro de lo esperado. Durante este periodo se identificaron los siguientes virus respiratorios: influenza A (H3N2) (36%), Influenza A (H1N1)pdm09 (33%), Virus Sincitial Respiratorio (19%), Adenovirus (3%), Influenza B (3%) y Parainfluenza (3%).

Gráfico N° 1 - Proporción de virus respiratorios



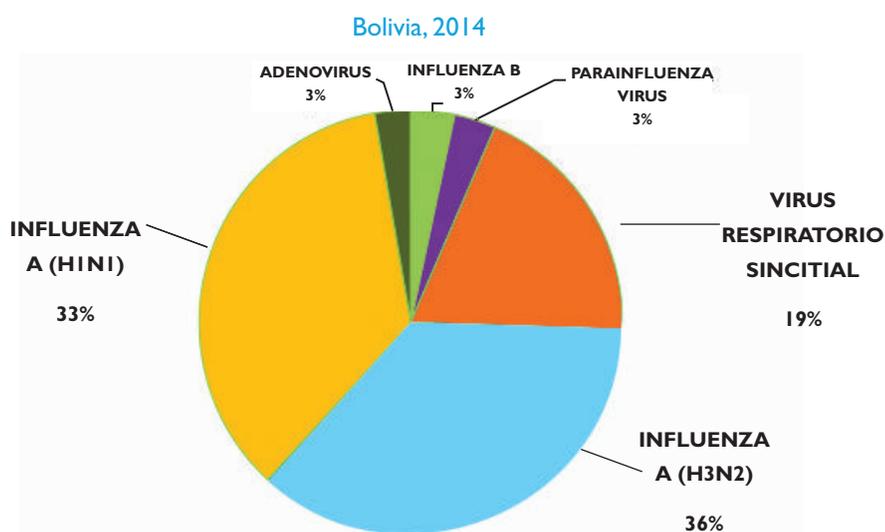
Fuente: Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Influenza

Grafico N° 2 - Casos de virus respiratorios por semana epidemiológica



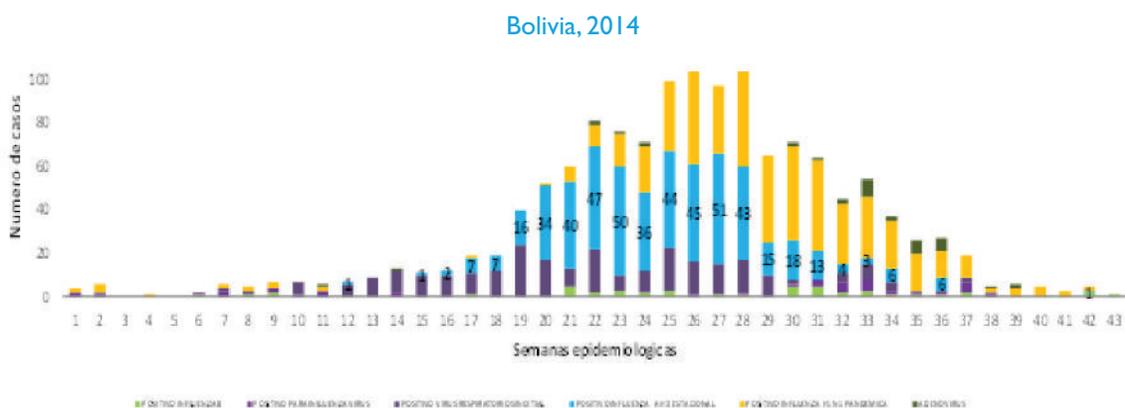
Fuente: Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Influenza

Gráfico N° 3 - Proporción de virus respiratorios



Fuente: Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Influenza

Grafico N° 4 - Casos de virus respiratorios por semana epidemiológica

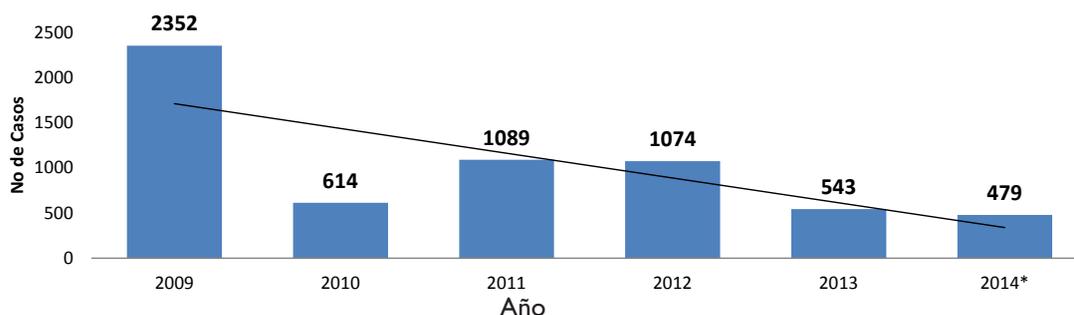


Fuente: Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Influenza

En el gráfico siguiente se puede ver el descenso de los casos reportados por la Influenza A (H1N1) desde el año 2009 al 2013, lo que señala que la transmisión se está controlando, y la vigilancia ha mejorado a través de los años. (Gráfico N° 5)

Gráfico N° 5 - Tendencia de Influenza A(H1N1)

Bolivia, 2009 al 2014



Fuente: Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Influenza

Durante el 2014, la Vigilancia IRAG implementada en los hospitales centinela vienen a representar la base para el reporte de los casos sospechosos y confirmados de la Influenza y demás virus respiratorios

De acuerdo a la actividad viral monitoreada a través de los laboratorios de referencia de nuestro territorio, conocemos que si bien la vigilancia ha mejorado para el 2014, aun debemos trabajar para mejorar las coberturas de vacunación en poblaciones de riesgo, que sin duda disminuirán los fallecimientos por estas causas. Ver Tabla N°. I

Tabla N° I - Casos de virus respiratorios, Bolivia, 2013 2014

VIRUS RESPIRATORIOS	2013		2014	
	CASOS	FALLECIDOS	CASOS	FALLECIDOS
INFLUENZA B	332	1	45	1
PARAINFLUENZA VIRUS	35	0	43	0
VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL	240	0	257	0
INFLUENZA A (H3N2)	195	8	490	4
INFLUENZA A (H1N1)	495	11	479	18
ADENOVIRUS	4	0	37	0
TOTAL	1301	20	1351	23

Fuente: Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Influenza

3. ESTRATÉGIAS

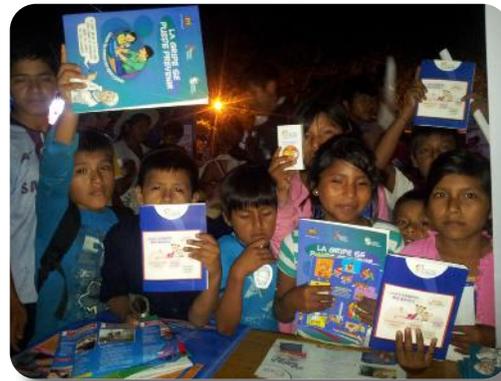
- Enfatizar más en la necesidad de la aplicación de la vacuna trivalente de temporada.
- Prevenir el contagio con el virus de la influenza y otros agentes infecciosos en los ámbitos de cuidados de la salud.
- Fortalecer la adhesión a las precauciones para el control de la infección en la atención al paciente y procedimientos que generen aerosol.
- Fortalecimiento del sistema informático que genere información en tiempo real de IRAG.

4. LOGROS 2014

- Se ha fortalecido la respuesta de oportuna a la aparición de casos sospechosos de Influenza
- Se ha fortalecido el diagnóstico de Influenza adquiriendo reactivos y materiales para dotación a laboratorios de referencia INLASA CENETROP.
- Se ha realizado el estudio de carga de enfermedad asociada a influenza en el Hospital Japonés del Alto con apoyo del Epidemiólogo del Ministerio de Salud del Ecuador.

5. DESAFIOS 2015

- Fortalecer la vigilancia e identificación de los tipos y los subtipos de virus que estén circulando localmente y su relación con la distribución mundial y regional.
- Garantizar el análisis de la información y emita las recomendaciones de las medidas de prevención y control.
- Determinar la carga de la influenza con el propósito de ayudar a los Responsables de Programa, tomar decisiones.



Programa Nacional de Enfermedades Transmitidas por Roedores



I. ANTECEDENTES

Las enfermedades transmitidas por roedores son enfermedades zoonóticas, causadas por diferentes etiologías, actualmente el Programa Nacional de Enfermedades Transmitidas por Roedores se encarga de la vigilancia de Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus, Leptospirosis, Fiebre Hemorrágica Boliviana y Peste, llevando a cabo políticas nacionales para el control de las mismas.

2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ETR

Fiebre Hemorrágica Boliviana

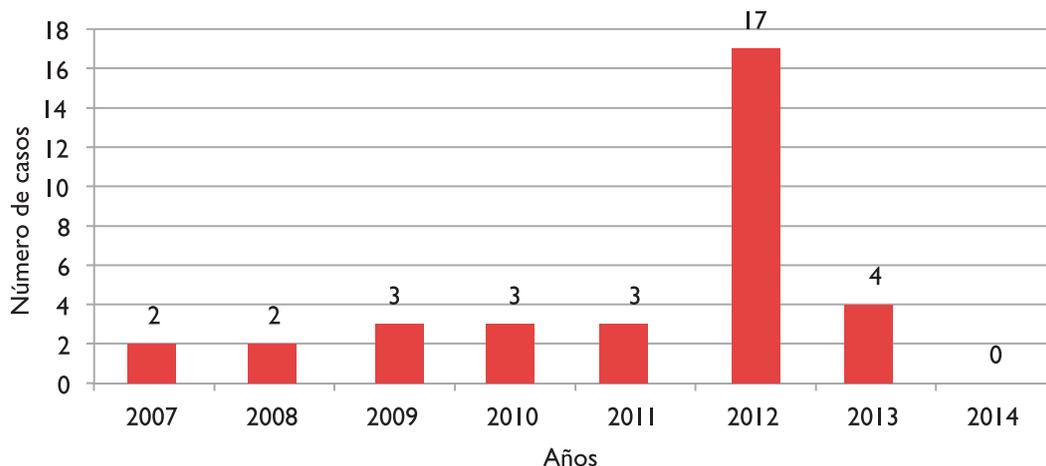
Han transcurrido 50 años desde el momento del aislamiento del Virus Machupo, causante de la Fiebre Hemorrágica Boliviana (F.H.B.) (Mayo de 1963). Desde la presentación de los primeros casos en Orobayaya de la provincia Itenez en (1959 – 1962), pasando por la gran epidemia de San Joaquín (1962 – 1964), posteriormente se presentó un periodo de “silencio epidemiológico” de 1975 hasta 1993, desde 1994 inicio de la reemergencia se han presentado casos esporádicos estacionales todos los años en las Provincias Itenez y Mamoré.

A partir del 2007, el Programa Nacional de ETRs a través de los diferentes niveles de atención, ha focalizado sus acciones en el manejo del paciente como del roedor (*Callomys callosus*), mostrando éxito en el control de las epidemias.

El año 2007 se reportaron 20 casos sospechosos (2 casos positivos fallecidos), el 2008 fueron confirmados 2 casos (Beni). Durante el transcurso de tres años seguidos la tendencia se mantiene uniforme, el 2012 se reportaron 17 casos haciendo un pico, donde se realizan acciones de control principalmente dirigido a la disminución de la infestación de roedores, el 2013 se reportaron 4 casos, la tendencia desciende nuevamente, para el 2014 no se reportaron casos de F.H.B.

Grafico N° 1 - Casos de Fiebre Hemorrágica Boliviana

Bolivia, 2007 - 2014

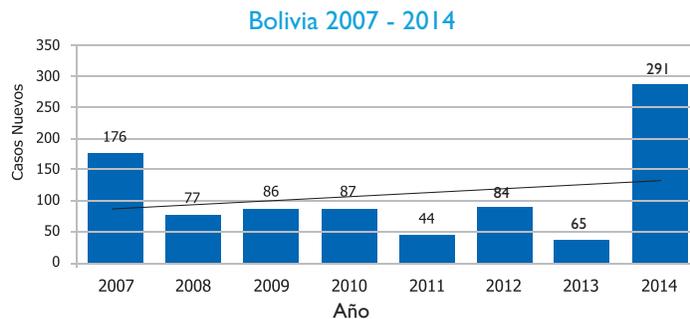


Fuente: Programa Nacional de ETRs / Unidad de Epidemiología

Leptospirosis

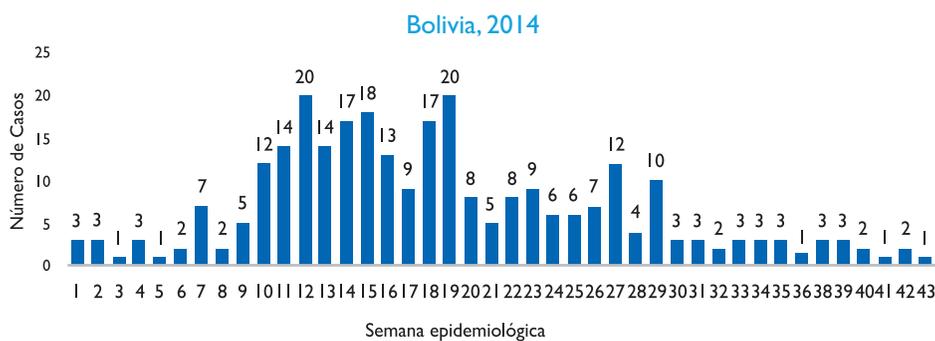
La situación epidemiológica de la Leptospirosis se vio afectada con mayor intensidad en el departamento de Chuquisaca (Monteagudo y Beni –Guayaramerin) las tasas de detección se elevaron hasta en un 35% en Monteagudo y 14 % en Guayaranmerin. Las inundaciones, fueron una de las causas para la aparición de estos brotes.

Gráfico N° 2 - Tendencia de Leptospirosis



Fuente: Programa Nacional de ETR's / Unidad de Epidemiología

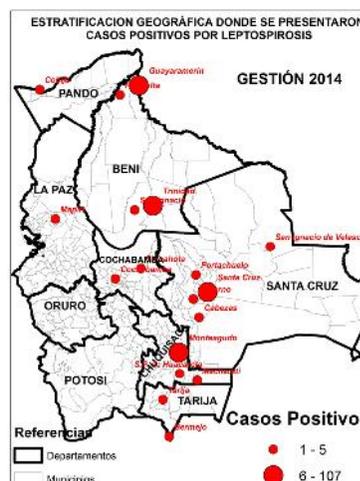
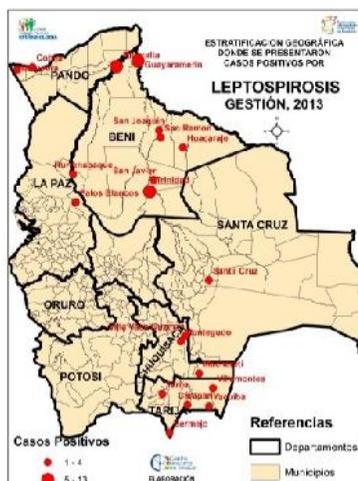
Gráfico N° 3 - Casos de Leptospirosis por semana epidemiológica



Fuente: Programa Nacional de ETR's / Unidad de Epidemiología

Mapa N° 1 - Estratificación de casos de Leptospirosis

Bolivia, 2013 - 2014



Fuente: Programa Nacional de ETR's / Unidad de Epidemiología

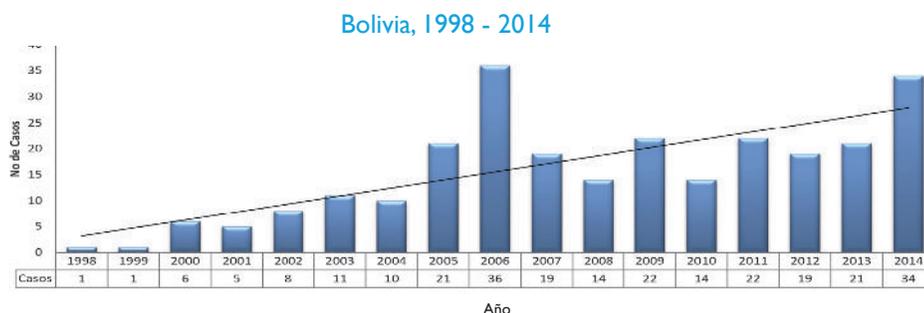
Síndrome Cardio Pulmonar por Hantavirus (SCPHV)

Para el año 2014 se ha presentado 26 casos positivos de SCPHV los cuales 3 fallecieron. Las tasas de incidencia por municipio, resultaron más elevadas este año, en Villa Tunari con 1 x 10.000 habitantes, Riberalta 1 x 100.000 habitantes y Shinahota con 0,9 x 10.000 habitantes.

Entre el 2013 (21 casos) y 2014 (26 casos) se han presentado dos focos activos en los departamentos de La Paz y Beni, constituyéndose estos dos departamentos en objeto de vigilancia epidemiológica para Hantavirus. El único departamento donde se registraron fallecimientos fue Cochabamba, con una tasa de letalidad del 57%.

La mayor incidencia de casos se presentó en Cochabamba (7), seguido de Tarija con 6 casos, Santa Cruz 5, presentándose 2 nuevos focos de transmisión en Beni y La Paz. El único departamento donde se registraron fallecimientos fue el departamento de Cochabamba con una tasa de letalidad del 43%.

Gráfico N° 4 - Casos de Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus



Fuente: Programa Nacional de ETR's / Unidad de Epidemiología

Tabla N° 1 - Tasa de letalidad por SCPHV

Bolivia, 2006 - 2014

CUADRO DE CASOS Y TASAS DE LETALIDAD, SCPHV X AÑOS 2006-2014									
Indicadores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tasa de letalidad	31%	35%	14%	18%	29%	18%	33%	5%	11.5%
Casos positivos	36	19	14	22	14	22	19	21	34

Fuente: Programa Nacional de ETR's / Unidad de Epidemiología

Peste

La Peste en Bolivia inició con un brote de peste bubónica en el departamento de Tarija (Municipio Padcaya) en 1921 y se extendió por municipios de 2 departamentos próximos (Santa Cruz y Chuquisaca).

En 1996 reemerge la enfermedad en el norte del departamento de La Paz, con 17 casos y 4 personas fallecidas.

Esta enfermedad es endémica en 3 departamentos (Santa Cruz, Tarija y Chuquisaca) con focos activos a partir de 1921, haciendo un silencio epidemiológico hasta el año 1969. Se tiene referencia que de los 75 comunidades con las que cuenta Apolo, 30 comunidades alguna vez reportaron casos, entre ellas se tiene conocimiento que en 1960 desapareció la comunidad de Uchuni por un brote de peste.

Entre 1996 – 1997, ocurrió un nuevo brote en la localidad de San Pedro de Apolo del departamento de La Paz, con 17 casos, de los cuales cuatro fallecieron, con una tasa de ataque de 11% y tasa de letalidad del 23.5 %.

En el 2010 se registro 1 caso positivo proveniente de Curisa (Pocarucho), entre el 2011 y 2013 se han presentado 7 casos sospechosos, de los cuales no se pudo aislar el microorganismo.

3. ESTRATEGIAS:

Están basadas en 5 pilares

- Vigilancia Epidemiológica a través de la notificación oportuna de casos sospechosos de enfermedades transmitidas por roedores
- Red laboratorial a nivel local, para la toma de muestra en casos de sospecha de Peste, SCPHV, FHB y Leptospirosis.
- Control del roedor a través de la desratización domiciliaria y peri domiciliaria en localidades del municipio afectados por enfermedades transmitidas por roedores.
- Coordinación intersectorial de las Gerencias de Red con el Municipio, para actividades de saneamiento ambiental.
- Educación a las comunidades de medidas de Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Roedores.

4. LOGROS

- Implementación de la Unidad Transfusional en el Hospital de Magdalena, como referencia de la FHB para la Provincia Iténes y Mamoré.
- Implementación de nuevas técnicas de diagnóstico en coordinación con el CENETROP (Centro Nacional de Enfermedades Tropicales)
- Coordinación con las Universidad para estudios y clasificación de roedores. (Convenio entre diferentes sectores para la Investigación)



- Foto No 1 Evaluación del Banco de Sangre



- Desratización G77



- Participación en Ferias educativas en Municipios

5. DESAFIOS 2015.

- implementar el “Plan de Acción Integral de Roedores” para realizar acciones de control y monitoreo a nivel nacional para evitar la incidencia de las enfermedades transmitidas por roedores, a través de la desratización de las áreas endémicas
- Fortalecer la vigilancia para un mejor control de la Fiebre Hemorrágica Boliviana, en un 100 %,
- Implementar la vigilancia de Leptospirosis en los departamentos que notifican casos en un 100%
- Implementar a través de capacitaciones integrales la respuesta clínica para los casos de Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus
- Desratización a nivel nacional con apoyo de los técnicos de cada uno de los departamentos afectados para disminuir las poblaciones de roedores.
- Implementar el “Plan de Prevención de las ETRs “, en todos los territorios endémicos de nuestro territorio nacional
- Gestionar reactivos necesarios para la clasificación de agentes patógenos en muestras de roedores
- Investigar y mejorar la información de las áreas y hábitat de los diferentes roedores que transmiten enfermedades en nuestro territorio
- Capacitar al personal de “MI SALUD” y estudiantes de medicina de universidades privadas, para el manejo integral de las ETRs, esto incluiría el manejo clínico del paciente, análisis epidemiológico, control de roedores, etc.
- Realizar acuerdos con las universidades para la investigación de los roedores en cuanto a su biología, y ecosistema en el territorio nacional

Programa Nacional de Enfermedades Emergentes y Re-emergentes



I. ANTECEDENTES

Si bien el primer caso oficialmente comprobado y reportado data del año 1976, en el pueblo de Yambuku (norte del Zaire, actual República Democrática del Congo), los rastros de la enfermedad podrían remontarse hasta la antigua Atenas.

2. EL ÉBOLA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Desde que se identificó el Ébola en 1976 hasta el año 2012, la enfermedad se ha presentado como brotes localizados en algunos países del África (Liberia, Sierra Leona y Guinea Conakry).

3. SITUACIÓN ACTUAL DE ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA

El 27 de julio de 2014, el Centro Nacional de Enlace de Nigeria, reportó a la OMS, una defunción atribuida a la EVE en un ciudadano procedente de Liberia. Actualmente la transmisión continúa activa. El 25 de mayo del 2014, el Ministerio de Salud de Sierra Leona comenzó a reportar casos. Hasta el 31 de diciembre de 2014 se han notificado 20.206 casos (confirmados, probables y sospechosos) y 7.905 defunciones han sido notificados en el actual brote de EVE.

TABLA N° I - Casos confirmados, probables y sospechosos en Guinea, Liberia y Sierra Leona

Número de casos y defunciones por EVE, 31/12/2014				
Pais	Definición de caso	Casos Acumulados	Casos en los últimos 21 días	Defunciones
Guinea	Confirmados	2397	346	1433
	Probables	276	*	276
	Sospechosos	34	*	0
	Total	2707	346	1709
Liberia *	Confirmados	3110	91	**
	Probables	1776	*	**
	Sospechosos	3132	*	**
	Total	8018	91	3423
Sierra Leona	Confirmados	7354	979	2392
	Probables	287	*	208
	Sospechosos	1805	*	158
	Total	9446	979	2758
Subtotal		20171	1416	7890

La fuente de información son los Ministerios de Salud de los países afectados y está sujeta a reclasificación.
 * No reportada por la alta proporción de casos sospechosos y probables, ** Datos no disponibles

Hasta el momento el país no presentó ningún caso sospechoso de Ébola.

4. ACCIONES DE PREVENCIÓN DESARROLLADAS ACERCA DEL ÉBOLA GESTION 2014 – 2015

- Personal capacitado (laboratorio, bioseguridad, médico clínico, infectólogo y epidemiólogo) en Cuba con la temática del Ébola.
- Elaboración de la norma nacional para casos sospechosos de EVE en el país.
- Monitoreo y supervisión a los centros de referencia nacional en los departamentos de La Paz y Santa Cruz.
- Impresión de material de IEC (afiches, trípticos, autoadhesivos, rollers, banners, cartillas sanitarias, folders) para difusión a la población y entidades públicas y privadas.
- Fortalecimiento a los puntos fronterizos, aeropuertos y terminales terrestres del país con material del reglamento sanitario internacional (RSI - 2005).
- Capacitaciones a nivel nacional en trabajo conjunto con ADEMAF en regimientos militares y puntos de frontera.
- Capacitaciones acerca del uso del equipo de protección personal en puntos de atención y vigilancia epidemiológica para la Cumbre de Ministros en el marco de la G77 +China.
- Monitoreo sistemático de la situación epidemiológica internacional para brindar información a los organismos involucrados.
- Intensificación de la vigilancia en puntos de entrada aéreos, fluviales y terrestres.
- Dotación de equipos de protección personal (EPP) a nivel nacional.
- Capacitación al personal de salud en vigilancia prevención y control del Ébola.
- Coordinación intersectorial para respuesta efectiva ante un posible caso de Ébola en el país.
- Ejecución de los simulacros de respuesta.
- Fortalecimiento de la capacidad y respuesta de laboratorio.
- Fortalecimiento en el cumplimiento de normas de bioseguridad.
- Implementación de declaración jurada de estado de salud al ingreso al país.
- Evaluación periódica de la capacidad de respuesta instalada.
- Conformación de 2 Equipos de Respuesta Rápida del Nivel Nacional (La Paz, y Santa Cruz). Conformados por epidemiólogo, infectólogo, terapeuta, bioquímico laboratorista y 4 profesionales paramédicos de apoyo.
- Vigilancia epidemiológica y control en el aeropuerto y terminal terrestre para el evento DAKAR 2015 por la gran afluencia de extranjeros.
- Capacitaciones a nivel nacional sobre manejo clínico, vigilancia epidemiológica y uso del equipo de protección personal, con los Equipos de Respuesta Rápida departamentales.
- Intercambio de experiencias acerca del manejo del Ébola con expertos de la OPS que atendieron casos con EVE, quienes evaluaron los centros de aislamiento y laboratorios del país, y compartieron sus destrezas con el uso del EPP.

5. Capacidades Departamentales

DEPARTAMENTO	CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA	EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA	EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL	RRHH CAPACITADO	PUNTOS DE ENTRADA BAJO VIGILANCIA
LA PAZ	HOSPITAL DE CLINICAS	Equipo Multidisciplinario	300	1000	DESAGUADERO PUERTO ACOSTA COPACABANA
	HOSPITAL RIO SECO				
SANTACRUZ	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	Equipo Multidisciplinario	300	2800	SAN MATÍAS PUERTO QUIJARRO PUERTO SUÁREZ
CHUQUISACA	HOSPITAL GASTROENTEROLOGICO	Equipo Multidisciplinario	170	306	NO TIENE
TARIJA	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	Equipo Multidisciplinario	150	150	BERMEJO YACUIBA
COCHABAMBA	HOSPITAL VIEDMA	Equipo Multidisciplinario	200	300	NO TIENE
PANDO	CENTRO DE SALUD DE MEDICINA TROPICAL	Equipo Multidisciplinario	150	150	COBIJA BOLPEBRA
POTOSI	HOSPITAL DANIEL BRACAMONTE	Equipo Multidisciplinario	150	200	VILLAZON UYUNI
ORURO	CENTRO DE SALUD SANTA ROSA - VINTO	Equipo Multidisciplinario	150	300	PISIGA TAMBO QUEMADO
BENI	CENTRO DE SALUD VILLA - MONASTERIO - TRINIDAD	Equipo Multidisciplinario	150	200	GUAYARAMERIN
TOTAL	10 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	9 Equipos de Respuesta Rápida	1182	5109	15 PUNTOS DE ENTRADA







RECOMENDACIONES GENERALES

Para disminuir el riesgo de contagio usted debe:



- Notificar al personal de salud, si usted tiene algún síntoma a la línea gratuita.
- Debe evitar el contacto directo de la piel con la exposición a sangre, fluidos corporales o vomitos contaminados con éstos de un paciente confirmado con EVE sin el equipo de protección personal (EPP) apropiado. (considerar el amamantamiento y las relaciones sexuales).
- No debe procesar la sangre o fluidos corporales de un paciente EVE confirmado sin EPP apropiado y sin las precauciones de bioseguridad.



No existe **NINGUNA** vacuna ni tratamiento específico para la enfermedad.

El Ébola **TAMBIÉN SE TRANSMITE** a través del contacto con superficies contaminadas.

Línea gratuita
800101104

www.minsalud.gob.bo/index.php/ebola



La salud... un derecho para vivir bien



¿Qué es el ébola?



El Ébola es una enfermedad grave y mortal, causada por un microorganismo muy pequeño llamado virus del Ébola.

