



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA
IBISMED-CUMETROP DIVISION DE POST-GRADO
COCHABAMBA**



VLIR-UNIVERSIDAD DE GANTE-IMTA-AGCD-BELGICA

**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA TROPICAL Y
CONTROL DE ENFERMEDADES**

**ANALISIS DEL FUNCIONAMIENTO DE LA
RED DE SERVICIOS DEL SISTEMA DE SALUD
PARA CUBRIR UN PROBLEMA DE SALUD
EN EL AREA DE PORONGO
SANTA CRUZ - BOLIVIA**

TESISTA : DR. JULIO CESAR HURTADO GARCIA

TUTOR : DRA. GENOVIEVE MICHAUX

VLIR

COCHABAMBA-BOLIVIA

**CONSEJO INTRAUNIVERSITARIO
DE LAS UNIVERSIDADES
FLAMENCAS DE BELGICA**

2000

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION.....	1
II. CONTEXTO	4
II.1 ZONA DE ESTUDIO.....	4
II.2 POLITICA NACIONAL DE LUCHA CONTRA LA MALRIA EN BOLIVIA.....	5
II.3 COMPONENTES DE UN PROGRAMA DE LUCHA CONTRA LA MALARIA....	6
III. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	7
IV. OBJETIVOS	8
GENERAL.....	8
ESPECIFICOS.....	8
V. METODOLOGIA.....	8
VI. RESULTADOS.....	9
A. Red de servicios de salud en la zona de estudio.....	9
B. Análisis del brote.....	12
B.1 datos epidemiologicos.....	12
B.1.1 Tasas de detección	12
B.1.2 Distribución de los recursos por grupos etareos.....	13
B.1.2.3 Indice de laminas positivas.....	15
B.2 Modelo de intervención en caso de brote.....	16
B.2.1 Descartes en la zona estudiada.....	17
C. Analisis en actividades de rutina.....	18
C.1 Modelo de funcionamiento de un programa de lucha contra la malaria.....	18
C.2 Descartes entre el modelo y la situación en la zona de estudio.....	19
VII. CONCLUSIONES.....	20
VIII. PROPUESTAS.....	21
IX. RECOMENDACIONES.....	22
X. BIBLIOGRAFIA	

I. INTRODUCCION.

La situación de la malaria en el mundo, se ha agravado en el ultimo decenio; el 40% de la población mundial vive en zonas de transmisión, la OMS evalúa que por año entre 300 a 500 millones de personas enferman, de las cuales mueren de 1,5 a 3 millones. El paludismo es responsable de mas del 10% de las hospitalizaciones y del 20% al 30% de las consultas ambulatorias, siendo los niños menores de 5 años los mas vulnerables (cerca de 1 millón de niños menores de 5 años mueren por año). En Africa, al sur del Sahara se encuentra el foco de mayor endemia del mundo.

No existe evidencia de malaria en las Américas antes de la llegada de los colonizadores españoles. La mayoría de los parasitólogos se inclina a suponer que vino con éstos y al encontrar zancudos *anopheles* y condiciones ecológicas favorables, se hizo endémica. La endemia se intensifico con la llegada de los esclavos traídos desde el Africa tropical, en donde prevelecia desde muy antiguo. En 1998, la población de la región de las Américas ascendía a 803 millones de habitantes, de los cuales 308 millones (38.4%) residen en zonas de condiciones ecológicas propicias para la transmisión. En América, se la encuentra desde México hasta la Argentina. Uruguay es el único país de América del Sur donde nunca existió malaria autóctona. En Chile existía en los valles, Oasis y quebradas de la provincia tarapacá, de donde fue erradicada entre los años de 1937 y 1945. Según la OPS en el año 1992 se reporto mas de un millón de casos de malaria en toda América, confirmados por detección de parásitos al microscopio, lo cual implica más de cuatrocientos casos por cada 100.000 habitantes. Esta fue la primera vez desde 1974 que la situación epidemiológica general de la

malaria presento una mejoría, pues en el periodo 1974-1991 la incidencia anual de la enfermedad había registrado un incremento progresivo. Se puede estimar que 1.186.053 casos de malaria registrados oficialmente en 1992 representan solo una pequeña fracción de los casos reales, los cuales podrían ser entre 4 y 8 veces más, o sea que la cifra real estaría entre 4,5 y 9,3 millones de personas afectadas en el año. Del total de casos de malaria diagnosticados y notificados en el continente americano en 1992, la mayor proporción esta en Brasil (51,4%), seguida del área Andina (27,5%), y luego por Centroamérica, Panamá y Belice (14,5%)

El área andina incluye a Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. De los 93.236.000 habitantes del área, 56.432.000 viven en zona potencialmente maláricas. En 1992 la subregión registra en conjunto 325.936 casos de malaria, de los cuales 93.798 (28,8%) se diagnosticaron como debidos al *plasmodium falciparum*. La proporción de *falciparum* notificada fue de 38,9% en Ecuador, 37,6% en Colombia, 23,4% en Venezuela y 11,3% en Bolivia. El Paludismo en Bolivia representa un problema de salud publica. En efecto, el 75% del territorio nacional es considerado endémico por la presencia de los principales vectores *A. darlingi* y *A. pseudopunctipennis* y la circulación de dos especies parasitarias *P. vivax* y *P. Falciparum*. En este territorio viven aproximadamente uno 3.499.802 habitantes que se encuentran expuestos al riesgo. Este número se ve incrementado por las constantes migraciones por motivo de trabajo a estas regiones, principalmente por personas no inmunes que aumentan la gravedad de la enfermedad y el riesgo de muerte. El deterioro de los últimos 10 años es evidente, con un pico máximo en el año 1998 y una relativa mejoría para 1999. Es importante destacar que en el caso de las infecciones por *P. falciparum* se nota un incremento

sumamente elevado tanto en número de casos como en proporción, con relación a la infección por *P. vivax*, esto muestra la gravedad de la situación, su tendencia a mayor dispersión y agravamiento en casos de no redefinir estrategias de intervención y lograr financiamiento sostenible con la inversión de recursos propios del país y de cooperación de agencias internacionales. En nuestro país las dos especies más frecuentes son por *P. falciparum* y *P. vivax*, cada especie con biotipo, expresión epidemiológica y clínica diferentes

Cuadro: 1 Formas de presentación de paludismo

Malaria por <i>P. vivax</i>	Malaria por <i>P. Falciparum</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Acceso sencillo - Recaída - Paludismo evolutivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso sencillo - Paludismo pernicioso - Fiebre hemoglobinúrica - Paludismo evolutivo - Paludismo estable - Recrudescencia
Vector necesita clima intertropical húmedo	- El vector necesita subtropical templado
- Brotes por temporada	- Paludismo estable / + brotes

En 1957, la OMS impulsa el lanzamiento de una estrategia de erradicación de la malaria. En varios países se invirtió importantes recursos y se desarrollaron programas verticales de lucha contra la malaria. Diez años más tarde, por el fracaso de la erradicación, se replanteó los objetivos y modalidades de intervención en la lucha contra la malaria. El enfoque se reorienta hacia la lucha contra la mortalidad y la morbilidad y se fundamenta en la integración a la atención primaria de salud (APS) y en la coordinación intersectorial. Bolivia

ha vivido la dicha realidad, con desarrollo de un programa vertical de lucha contra la malaria y disminución progresiva de sus recursos y dificultad de integración del mismo programa en la APS. El objeto de este estudio es de analizar en el ámbito de una zona del departamento de Santa Cruz, el funcionamiento del programa de lucha contra la malaria dentro de una red de servicios.

II. CONTEXTO

II.1 ZONA EN ESTUDIO.

Las zonas de Terebinto y Porongo hacen parte del departamento de Santa Cruz. Forman parte de uno de los cuatro municipios de la provincia Andrés Bonaire de Santa Cruz de la Sierra. El clima en general es cálido pues se trata de una zona cálida tropical, con temperaturas que fluctúan entre los 22°C y 33°C en primavera y verano, en la estación de invierno debido a los vientos la temperatura puede descender por debajo de los 15°C. El promedio mensual de la humedad ambiente varía entre 53 y 90%, debido a la cercanía del río Pirai. El clima de esta región es propicio para el hábitat del vector del paludismo, como para la presentación de brotes por temporadas.

Porongo cuenta con una cooperativa de servicios públicos, que es la encargada de proporcionar agua potable y servicio de alcantarillado. También cuenta con servicio eléctrico, pero suministrado solo a uno ó dos manzanas para toda la zona estudiada. Muchas

comunidades (como Maguecito, Tarumacito, Surutubia, Pozo Colorado) no cuentan con los servicios de saneamiento básico, lo que sin duda incide de manera importante en el nivel de vida y desarrollo humano de estas comunidades.

Existen tres vías principales de acceso a la población de Porongo, todas ellas deben franquear el río Pirai que constituye el límite geográfico del municipio. Sin embargo ninguna vía cuenta con asfalto continuo hasta la población. Durante el último año se concretó la construcción del puente Urubó que comunica directamente el municipio de Porongo con el de Santa Cruz de la Sierra, facilitando el acceso a muchas comunidades al norte del municipio.

II.2 POLITICA NACIONAL DE LUCHA CONTRA LA MALARIA EN BOLIVIA

El Ministerio de Salud y Previsión Social, en uno de sus cuatro pilares de la reforma de salud, desarrolla el escudo epidemiológico. Es una estrategia que desarrolla gradual y progresivamente programas priorizados, para garantizar una protección contra las enfermedades de alta prevalencia. En una alianza estratégica con la sociedad civil y sus organizaciones, permita generar capacidades técnicas gerenciales y económicas sostenibles en los Distritos y Municipios. Se trata de integrar el sistema de vigilancia al sistema general de información sanitaria, de acuerdo al perfil epidemiológico local. El escudo epidemiológico tiene tres componentes: enfermedades prevalentes (Chagas, malaria, tuberculosis, Leishmaniasis, dengue), Programa ampliado de inmunizaciones (PAI segunda generación), Sistema de vigilancia epidemiológica. Esta estrategia tiene como propósito lograr niveles de

control sobre las principales enfermedades endémicas del país como ser: Chagas, Malaria, TBC, las inmunoprevenibles y otras según el perfil epidemiológico de cada municipio; en lo concerniente a Malaria la meta es una disminución en los próximos 5 años de la I.P.A. a menos de 10 en regiones de alto riesgo, a menos de 2 por mil habitantes en regiones de mediano riesgo y a menos de 1 por mil reducir en regiones de bajo riesgo. Uno de los puntos débiles del programa mismo es la poca integración a la red de servicios de salud, su débil horizontalización.

II.3 COMPONENTES DE UN PROGRAMA DE LUCHA CONTRA LA MALARIA

El objetivo de la lucha contra el paludismo es prevenir la mortalidad y reducir la morbilidad y las pérdidas sociales y económicas mediante el progresivo mejoramiento y fortalecimiento de la capacidad local y nacional. La estrategia se arraiga sólidamente en el enfoque de la atención primaria de salud, la asociación comunitaria y la descentralización de la toma de decisiones, la integración de la lucha contra el paludismo en los programas sobre enfermedades conexas y la participación de otros sectores, especialmente los que tienen que ver con la educación, la agricultura, el desarrollo social y el medio ambiente.

Los cuatro elementos técnicos básicos de la estrategia son:

1. Facilitar el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno,
2. Planificar y aplicar medidas selectivas y sostenibles de prevención, incluida la lucha contra los vectores.