

INFORME DE VISITA DE CAMPO No 8 4 DE DICIEMBRE DE 2017



Acompañamiento a visita de OPS Regional a proyecto Malaria
Sonsonate

San Salvador, diciembre 2017

CONTENIDO

I.	EQUIPO DE MONITOREO	2
II.	INTRODUCCIÓN.....	3
III.	OBJETIVOS.....	3
IV.	DESCRIPCIÓN DE LA VISITA DE MONITOREO.....	4
1.	Reunión con equipo SIBASI Sonsonate.....	4
2.	Presentación del Jefe de Vectores – MINSAL – SIBASI Sonsonate – Situación epidemiológica Malaria	4
3.	Algunas preguntas durante la reunión.....	6
V.	CONCLUSIONES.....	12
VI.	RECOMENDACIONES DE OPS.....	12

I. EQUIPO DE MONITOREO

a. El equipo de monitoreo del MCP-ES responsable de la visita de campo:

NOMBRE	CARGO
RESPONSABLE DE MISIÓN:	
Lcda. Yanira Olivo de Rodríguez	Presidenta del MCP-ES Representante del Sector Privado
ACOMPañAN LA MISIÓN:	
Mayor Humberto Hernández	Sanidad Militar / Sector Gobierno
Sr. Edilberto Cruz	COLVOL SIBASI Cabañas / Sector Personas afectadas Malaria
Lcda. Marta Alicia de Magaña	Directora Ejecutiva MCP-ES
Lcda. Leydies Portillo	Técnico de Monitoreo Estratégico MCP-ES

b. El equipo del Receptor Principal:

Dra. Guadalupe Flores, Ing. Eduardo Romero.	Receptor Principal MINSAL
---	---------------------------

II. INTRODUCCIÓN

Se presenta la sistematización de la octava visita de campo del 2017, realizada el 4 de diciembre, por representantes del Mecanismo Coordinador de País de El Salvador y el Receptor Principal MINSAL. El propósito de la visita era acompañar a la Misión Regional de OPS en Seguimiento a las recomendaciones brindadas por equipo de OPS Regional de Malaria en su última visita al país a los sitios donde fueron detectados casos el año pasado y conocer los avances obtenidos a la fecha.

Este informe recopila la experiencia de la visita de campo, encaminada a evidenciar la información compartida por el personal de MINSAL, específicamente personal de Malaria ubicado en la SIBASI de Sonsonate en cuanto a las intervenciones que se realizan en la implementación de la subvención de malaria en el marco de la eliminación.

El equipo invitado a la visita de campo, estuvo constituido por miembros del Sub Comité de Monitoreo Estratégico de Malaria, Sanidad Militar – Sector Gobierno, CONTRASIDA – Sector OBF, Voluntario SIBASI Cabañas – Sector de personas, afectadas por Malaria, Voluntario SIBASI San Miguel – Sector de Personas afectadas por Malaria, AARHES – Sector Privado, OPS – Cooperación Internacional, No miembro del MCP – Representante de MINSAL y Secretaria Ejecutiva del Mecanismo Coordinador Regional / MCR, Dirección Ejecutiva del MCP-ES y equipo técnico del Receptor Principal MINSAL.

Participaron en la visita de campo: AARHES – Sector Privado, Sanidad Militar – Sector Gobierno, Voluntario SIBASI Cabañas – Sector de personas, afectadas, Dirección Ejecutiva del MCP-ES y equipo técnico del Receptor Principal MINSAL.

III. OBJETIVOS

Objetivo General

Seguimiento a las recomendaciones brindadas por el equipo de OPS Regional de Malaria en su última visita al país a los sitios donde fueron detectados casos el año pasado.

Objetivos Específicos

1. Acompañar a la misión de OPS Regional para conocer los avances en la implementación de la estrategia de malaria en respuestas a las recomendaciones emitidas el año anterior.
2. Identificar retos y brechas en el desarrollo del trabajo de campo y las acciones que están haciendo en el marco de la eliminación.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA VISITA DE MONITOREO

1. Reunión con equipo SIBASI Sonsonate

La visita de campo fue realizada el 4 de diciembre de 2017, en acompañamiento a la misión del Programa Regional de OPS en seguimiento a las recomendaciones brindadas por equipo de OPS Regional de Malaria en su última visita al país a los sitios donde fueron detectados casos el año pasado. Como agenda para la visita se tiene la reunión en el SIBASI para compartir un poco como está la situación de malaria, la visita a la Unidad de Salud de Metalillo para conversar con el equipo y finalmente visita para entrevista con un COLVOL.

La misión del MCP-ES fue dirigida por la Lcda. Yanira de Rodriguez, Presidenta del MCP-ES quien explicó que en esta oportunidad íbamos en calidad de espectadores, con el objetivo de conocer de primera mano la información que se compartiría por el equipo de SIBASI de Sonsonate en respuesta a las recomendaciones de OPS y además por ser la zona donde se han detectado los casos.

Al llegar al SIBASI de Sonsonate fuimos atendidos por el equipo técnico de Malaria: Sr. Cesar Velásquez / Epidemiólogo de la Región occidental, Sr. Williams Ernesto Murcia / Epidemiólogo SIBASI Sonsonate, Sr. Sergio Espinoza / Entomólogo, Sr. Roberto Lemus / Entomólogo, Sr. Fidel Alvarenga Ruiz / Coordinador Unidad de Vectores, Sr. Omar Martínez / Técnico Regional Control de Vectores.



Fue el Ing. Eduardo Romero, Jefe de Vectores quien dirigió las palabras de apertura y explicó que como MINSAL están organizados a nivel central, regional, de SIBASI y nivel básico que es comunitario de salud familiar, como unidad se tienen 17 unidades de vectores a nivel nacional, participan de parte de OPS : Dr. Roberto Montoya /Asesor Regional para Malaria y Dra. Blanca Espirano /Asesora Regional para Eliminación de Malaria y Dr. Franklin Hernández / de la oficina de OPS en el Salvador.

2. Presentación del Jefe de Vectores – MINSAL – SIBASI Sonsonate – Situación epidemiológica Malaria

La visita de campo ha sido programada como parte del seguimiento a las áreas donde específicamente en años anteriores se ha dado la transmisión de Malaria, Sonsonate y Ahuachapán tienen frontera con Guatemala de donde provienen el 80% - 90% de la transmisión de malaria y cualquier relación que se tenga con Guatemala nos pone en riesgo ya que tenemos áreas con presencia del vector, áreas donde personas van o vienen a trabajar, teniendo una comunicación constante por los puntos ciegos, a esto le sumamos el riesgo social que tenemos, mismo que en el año 2016 puso en riesgo que el trabajo que se viene desarrollando se viera afectado, de 14 casos un caso era importado el resto se consideraron autóctonos porque no se pudo llegar al fondo de la investigación por situaciones que ponían en riesgo al personal de salud en campo, porque se hace una investigación epidemiológica de campo profunda y exhaustiva, donde anduvo?, con quién?, cuando salió?, quienes vinieron a la comunidad? y esa situación nos dificultó hacer el trabajo, para el 2017 en el país se han detectado 4 casos, 3 importados de Guatemala y un recidivante (recaída), 0 casos autóctonos, con investigaciones de campo bien claras, una vigilancia epidemiológica constante, y se cuenta a nivel nacional con 1234 unidades notificadoras que vienen a tributar al sistema único de información, a estas unidades se le suman 3274 COLVOL, este día nos acompaña el representante propietario del sector en el MCP.

Antes del 2010 el país estaba dividido en cuatro áreas específicas, desde 1980 se conocía como el área hiper endémica, meso endémica, hipo endémica y no malarica, con indicadores que AID, OPS hicieron en ese momento, altura sobre el nivel del mar, IPA, IAES entre otros medioambientales, del 2010 a la fecha hay un cambio, sumándonos a la eliminación de la malaria de OPS rigiéndonos de alguna manera por lo que la misma nos dicta.

Para aspectos operativos tensionamos el área donde tenemos los mayores riesgos de transmisión y se manejan el estrato 1, estrato 2 y el estrato no malarico, a partir del 2014 se han venido manejando a nivel de estratos.

Es un gran reto para el equipo a nivel nacional, pero se tiene una buena comunicación con el MCP-ES, la Unidad Ejecutora del FM en MINSAL y OPS nacional, para las coordinaciones de cara a la eliminación de la malaria en el país al 2020. El viernes se sostuvo reunión con el Gerente de Portafolio del FM en seguimiento a la subvención que estamos implementando en el país y con el ALF se está haciendo evaluación en terreno para ver el cumplimiento de los indicadores a los que el país se ha comprometido, a la fecha se han cumplido las metas, por ejemplo se esperaba un IAES de 3.6% y hemos logrado el 20%, se esperaban 9 focos y se tienen cero focos, cero casos autóctonos, se ha cumplido con el 80% de viviendas rociadas, la mortalidad es cero y en cuanto a los otros indicadores las metas se han sobrepasado.

Durante la reunión el equipo del SIBASI presentó video que han elaborado localmente y recaba un poco del trabajo que se está realizando actualmente para la prevención de la malaria.



El Dr. Roberto Montoya agradeció al Ing. Romero, al equipo de MINSAL y al Dr. Franklin Hernández de OPS nacional por todo el apoyo para que esta misión fuera posible, ya que es muy importante para orientar mejor al país con todo el trabajo de eliminación y consolidar lo que se ha hecho en malaria y felicitó al país ya que considera que somos un ejemplo en muchas cosas, se han tomado las decisiones correctas de tiempo atrás en mantener procesos, estructuras, acciones programáticas y se están capitalizando los logros y eso es lo primero que hay que reconocerle a El Salvador, aunque ya ha sido reconocido en varias ocasiones, nominados incluso en el tema de campeones de la malaria, porque es evidente que se ha trabajado bien. Partiendo de eso, son los primeros en reconocer que tienen grandes desafíos, con la presentación que nos hacen, el país se va a mantenerse muy receptivo para malaria y expuesto a una vulnerabilidad importante en la medida que tiene el flujo de personas de los otros países, sobre eso están las claves y para OPS es bueno tener la oportunidad de este análisis, agradezco al país por aceptar la invitación de ser los anfitriones del taller que se llevará a cabo en los próximos 3 días, y por darnos la oportunidad de aprovechar este viaje para tener esta visita en campo y escuchar directamente las preocupaciones y estado de las cosas, es muy importante, aclaro que no es una evaluación ni una exploración a profundidad, sino aprovechar para oír del equipo y de la gente local donde pueden estar las brechas, que nos den la oportunidad como OPS de ayudarles a buscar soluciones, estamos en un terreno donde hay que ver como innovar y optimizar al máximo la vigilancia, cada vez más depurada y ustedes siempre están en un balance entre lograr hacer lo máximo posible con la mayor sensibilidad pero tampoco mantener una carga operacional que no sea sostenible para el sistema, creo que es por ahí donde están las brechas y detrás de eso hay desafíos técnicos de cómo vamos perfeccionando el quehacer permanente de la sospecha y cortando los tiempos, estructurando los modelos locales, eso es lo que nos gustaría escuchar y discutir en nuestra visita.



El Ing. Romero agradeció al equipo de OPS por el apoyo, y comenta que es el momento propicio porque se está generando una discusión del sistema de vigilancia epidemiológica y sabemos que hay una brecha que se debe ir mejorando en ese sentido, y la discusión radica en cómo estructurar de mejor manera el sistema de vigilancia de manera que permita ser más eficientes en todo, por eso conocer las experiencias de otros países y poder implementarlas será importante para El Salvador.

Luego de la presentación la reunión se basó en una serie de preguntas generadas por el equipo de OPS para recabar información relacionada con las recomendaciones que el equipo de OPS le ha hecho al país de cara al proceso de eliminación y certificación de un país libre de malaria.

3. Algunas preguntas durante la reunión

1. OPS regional: algo que pueda completar la discusión y /o enriquecerles es cómo asegurar que el país está teniendo la adecuada capacidad para detectar los casos, **¿dónde ven las principales brechas o que más les preocupa con respecto a la situación actual y en adelante para la detección oportuna y diagnósticos de malaria?** R/ tenemos 9 laboratorios en el departamento de Sonsonate, 6 ubicados en los 43 establecimientos de salud y 3 laboratorios de vectores, estos incluye el Hospital Nacional y el Hospital del ISSS; hay un flujograma de diagnóstico, desde la parte operativa hay 7 motociclistas que su trabajo diario es el desplazamiento a los establecimientos de salud que no cuentan con laboratorio como también a la red de COLVOL para la recolección de muestras que son traídas al laboratorio de SIBASI donde contamos con 2 laboratoristas. Para ir identificando alguna brecha que se dé entre el inicio del síntoma del paciente y el inicio del tratamiento curativo que es el valor agregado que queremos implementar, hacer una reorientación a la recolección de la muestra; porque todos los establecimientos y la red de COLVOL pertenecen a la búsqueda pasiva, no así a la búsqueda activa que el personal de salud hace en las áreas, como seguimiento a los casos, el flujo más grande de muestras que se reportan son las que toman los establecimientos, que se tienen que retirar por lo menos una vez por semana. Puede ser que en algún momento se nos dé un desfase de tiempo, se pueden dar fenómenos, que el día y a la hora que visita el compañero no esté la muestra, en la tarde llega el febril y debe ser recolectada 8 días después, esto se viene mejorando, estamos buscando un mayor acercamiento y comunicación con el COLVOL, la red de COLVOL cuentan con un celular y les pedimos que nos dejen una llamada perdida cuando tengan la gota gruesa para ir a retirarla y nos está funcionando pero es una comunicación particular que puede darse o no y ahí la gota gruesa tarda en ser retirada, pero estamos buscando estrategias para tener una comunicación periódica con ellos y controlar el tiempo entre fecha de inicio de síntomas e inicio del tratamiento, hay casos donde se ha logrado en corto tiempo, 2 o 3 días entre toma, recolección y lectura, dependiendo de la distancia y el horario.
2. OPS regional. **¿Cuántas láminas examinadas se han realizado en el departamento de Sonsonate este año?, ¿podemos ver esos datos? y ver de las láminas examinadas este año cuánto tiempo ha transcurrido entre el inicio de los síntomas y la toma de la lámina?, de las personas que han sido sospechosas de malaria, ¿podríamos ahora ver ese dato?** R/ si, es el formato E6. Aparte de todo ese aparataje que se tiene también se tiene la búsqueda activa en los establecimientos de salud, en el departamento de Sonsonate como MINSAL tenemos clasificaciones para definición de caso sospechoso sintomático, caso asintomático en paludismo y la de casos confirmados, tratamos de cumplir las definiciones de caso, por ejemplo en caso sospechoso sintomático de paludismo consideramos a todo paciente sospechoso de paludismo o todo paciente que presenta episodio febril actual o resiente que vive en un área con alto riesgo de transmisión o de introducción que haya estado en ella los últimos treinta días y que se acompañe de una o varias de las siguientes manifestaciones clínicas como escalofrío intenso, sudoración confusa, es algo importante ya que todos nuestros establecimientos tomamos gota gruesa, diariamente hay casos febriles, puede ser otro tipo de patología pero le hacemos vigilancia de gota gruesa, se ha retroalimentado al personal médico y enfermería sobre la toma de la gota gruesa y sobre todo de los criterios y estamos sensibilizados pues conocemos que nuestra población en ciertos periodos del año emigra a Guatemala y específicamente a la zona de la Gomera, todo usuario que da historia que ha ido a Guatemala y tiene fiebre inmediatamente pensamos en paludismo, arbovirosis y así tenemos la vigilancia.

El Ing. Romero agregó que la red de notificación está conformada por los servicios médicos oficiales quienes toman gota gruesa, llenan un instrumento de laboratorio donde se anota la fecha inicial de síntomas, fecha de toma de gota gruesa y lectura y tratamiento, la discusión de estos 15 días se genera por la aplicación de la definición de casos; hay unas fechas que van a ir variando por los tiempos de incubación del parásito en la persona y todas esas cuestiones nos ha dificultado tener un tiempo promedio entre la fecha de inicio de síntomas y la fecha de toma de gota gruesa, este tiempo anda entre 24 horas y hasta 10 días, esto, porque tenemos producción de COLVOL que no preguntan cuándo inicio con los síntomas sino que llega con el único criterio que tiene fiebre, y fiebre puede ser cualquier arbovirosis, pero por la promoción que se le hizo al COLVOL lleva a la persona a que le tomen gota gruesa, por el incremento de la producción de los ECOS, a nivel nacional se tiene una producción de COLVOL del 10% a 15%, un porcentaje de gotas gruesas que no es despreciable para una vigilancia pero que es donde se pierde la fecha de inicio de síntomas, entonces la discusión es como debemos de reportar, si son casos individuales, agrupados, si hacemos un mixto,

cuanto es el promedio entre la fecha de inicio de síntomas y la toma de la gota gruesa porque es otro indicador interno que tenemos para ir evaluando la promoción e impacto. El formato E6 que no tiene la fecha de inicio de síntomas pensando en esa variabilidad que tiene la gente en llegar, es llenado por los establecimientos de salud y el COLVOL.

3. **¿La fecha de inicio de síntomas la recogen cuando hacen la investigación de caso?** R/ si, en el Sistema de información aparece la fecha de inicio de síntomas, fechas de notificación y tomas de muestras, para los casos.

4. **Estamos hablando del 15 al 20% de láminas que toma el colvol, del otro 75 – 80% de láminas que son las que toman los servicios médicos iniciales ¿ahí si se registran la fecha de inicio de los síntomas?** R/ahí es por definición, si cumple la definición de casos y antes que entre con el médico toman la gota gruesa, es como un screening, esta normado que debe tomarse gota gruesa, pero si cuando llega donde el médico le pregunta y dice que no le han tomado en el mismo momento la indica, los expedientes clínicos si tienen las fechas de inicio de síntomas.

5. **¿El sistema de información permite monitorear los tiempos entre el inicio de los síntomas y la gota gruesa para los casos, pero no para los sospechosos?** R/ así es.

6. **¿Podríamos ver la información que tengan de tiempos entre la toma y la lectura de todo lo examinado? ¿las gotas gruesas examinadas entran individualmente al sistema o están entrando como agrupados?, ¿cómo están manejando ese número?** R/ entra por número nada más, la gota gruesa se lee cada semana, se tienen agrupadas, y se desagregan por unidad de salud, por COLVOL y por semana.

7. **Los tienen agrupados, ¿me puede explicar el proceso de información de datos de los examinados? es importante para ayudarles a encontrar una forma de manejarlo.** R/ muestran el informe semanal de la toma de gota gruesa, donde llevan COLVOL, servicios médicos oficiales, ISSS, laboratorios privados de las búsquedas activas y otros, al equipo de OPS regional le parece un nivel de desagregación bastante bueno porque en cuanto a tiempo es semanal y se incluye las fuentes. En el documento mostrado presentaron el comparativo del 2016 - 2017 donde a la semana 47 del 2016 se tenían 10 casos.

8. **En términos epidemiológicos el objetivo es encontrar que se ha hallado hasta ahora, y esta super bien, si el trabajo fuera inconsistente se tendrían casos y evidentemente no es así en El Salvador, sin embargo, hay algunas brechas y en los informes de verificación 2017 y 2016 hay observaciones sobre la mejora de cierta información, y es necesario tener claro de dónde y cómo salen los datos que se muestran en los formatos.** R/ se lleva un resumen ejecutivo por fuente de notificación, pero en el sistema lo tienen por municipio, por unidad comunitaria de salud familiar y por COLVOL, y si fuera necesario se puede sacar información por COLVOL por semana, le pareció excelente al equipo de OPS.

9. **Tratando de acordar los hallazgos de la verificación y en el sentido de ayudar al país, y es que había temor del país de que se cayera la búsqueda pasiva por parte de los COLVOL justamente por la suspensión y presuntivo de que la gente buscara menos al COLVOL, y el número de láminas por COLVOL es bien baja, ¿en relación al año anterior, ha bajado?** R/ es igual, desde el 2009-2010 viene una reducción drástica de la producción de la gota gruesa de parte de los COLVOL, se debe a la ampliación de los equipos comunitarios de salud porque prefieren ir al médico (ECOS) que al COLVOL, y desde el 2010 no se da medicamento por parte del COLVOL, él tomaba la gota gruesa y medicaba, tuviese o no cumplimiento de casos. En el año 2009 entramos como país una reforma de salud y se incrementó los accesos de servicios de salud a la población más lejana y más desprotegida, en Sonsonate eran 21 establecimientos de salud, ahora son 43, lo que es bueno en términos de sostenibilidad. Si bien los COLVOL han bajado su producción, desde el 2009 se ha visto un incremento a nivel de los establecimientos en la búsqueda, vigilancia y toma de gotas gruesas. Mostraron graficas de diferentes años (2014, 2015, 2016) que muestran el trabajo que se ha estado realizando y los establecimientos de salud que se tienen.

El Dr. Franklin Hernández de OPS ELS, comenta que para los miembros del MCP que acompañan la misión es importante entender la dinámica de malaria que es nueva para el trabajo que ellos desarrollan y dentro de la eliminación contar con la información clara, ordenada y precisa para poder describir que evidentemente se está haciendo el trabajo en tiempo y forma es clave, por eso es tan importante poder analizar cuanto tiempo ha pasado desde que inicio los síntomas hasta que se tomó la muestra, porque entre más tiempo pase en ese rango el riesgo de transmisión por tener el mosquito en la zona es grande, en términos de eliminación hay que asegurarse que este sea lo más corto posible, esto se había visto en una visita previa este año y el tiempo en este proceso era relativamente largo

10. **¿Si los COLVOL no registran la fecha de inicio de síntomas, el sistema sí?** R/ solo para los casos.

11. No es fácil cargar el sistema de información con datos nominales de examinados, entonces **¿cómo monitorean el tiempo que está transcurriendo entre la toma y el diagnóstico? ¿cómo equipo están logrando monitorear esa variable?**, posiblemente por los registros administrativos de la frecuencia con que están haciendo las visitas y en ese sentido tendrían simplemente una convicción operacional de que saben que nunca están pasando más de ocho días de la visita de la persona que recoge la lámina a la unidad de salud, esto es importante porque la esencia de la acción de eliminación en el país va a girar en torno y prevenir establecimientos de transmisión va a ocupar en gran parte el proyecto de detección temprana. **R/** venimos dándole pensamientos a como estructurar un sistema de vigilancia y consultar a los países como están haciendo la vigilancia sospechosa, y una de las preguntas que tenemos es si a nivel de Latinoamérica alguien registra sospechosos a malaria, a lo que OPS respondió que ningún país registra datos nominales de sospechosos porque se lleva registros agrupados.

El Dr. Roberto Montoya menciona que técnicamente por años se viene planteando a los países que es importante que monitoren el tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico y entre el inicio de los síntomas y tratamiento, todos los países de América llevan datos nominales, ósea que cada caso es un registro de una base de datos y por lo tanto es totalmente factible desde hace más de diez años monitorear las fechas desde el inicio de los síntomas, tiempos y el resto es cuestión de análisis, de los confirmados y así hemos trabajado, ahora el dilema es distinto, cuando en un país tienes un buen número de casos positivos te está diciendo que es una buena muestra de lo que está ocurriendo con los sospechosos y se entiende que la gente que está acudiendo a buscar servicios se está diagnosticando en estos tiempos así tengan o no malaria. Pero cuando no se tienen casos ya no tengo muestra, no voy a decir que estoy diagnosticando bien porque el 100% de los casos se diagnosticaron en un día, y si tienen dos casos no me dice nada, ya no tienen muestras ósea no tiene la posibilidad de ver los tiempos a partir de los casos porque ya no tienen casos o tienen muy pocos, ese es un dilema técnico, antes lo veíamos porque el número de casos nos daba una casuística robusta para poder decidir que esa acción esencial de malaria la estábamos haciendo bien, ahora no tenemos la casuística de los positivos, no tenemos datos nominales de tiempos entre inicio de los síntomas, luego hay que ver cómo se monitorea, sin pretender llevar registros nominales de casos examinados.

El Dr. Franklin Hernandez comentó que es importante involucrar a los laboratorios, porque ellos están recibiendo con cada muestra ciertos detalles y los están poniendo, aunque es consolidado pero tienen información de cuando se tomó la muestra y cuando la procesan, por lo que valdría la pena indagar en términos prácticos, y es una recomendación de la verificación interactuar más entre todos los actores, y buscar el mecanismo para obtener la información, por ejemplo las muestran de los 9 laboratorios de la red que puede ser una muestra interesante para poder revisar y en la justificación de este año se vio la posibilidad de mostrar los registros aunque sea un cuadro de Excel, y poder hacer la comparación de las fechas, eso ha dado variaciones.

El Ing. Romero mencionó que cuando se estructuró la nota conceptual de malaria una de las ideas fue un sistema de vigilancia a través de líneas celulares, se iba a contratar una empresa que ofreciera el servicio y que brindara llamadas por cobrar, se hizo un sondeo y el 99.9% de COLVOL tenían celular entonces la idea fue comprar celulares con servicio y dárselos a los compañeros para que todo COLVOL se comunique con ellos, sin saber porque ellos ya tenían un sistema de vigilancia epidemiológica en base a celular, ellos llamaban y avisaban que tenían una muestra y que llegaran a retirarla, se optimizaba recursos, entonces se pretende retomar la estrategia con recursos de FM y comprar celular con saldo de \$20-\$25 para los recursos de vectores, para que el COLVOL haga llamada por cobrar al personal de vectores y ellos no tengan que pagar nada.

OPS, el tema del celular es clave es parte del modelo, dos cosas son importantes en el modelo, cómo monitorear los tiempos es lo que nosotros hacemos para ver si nos está funcionando o no el modelo local que logre garantizar que los casos de malaria se detecten, diagnostiquen, traten, investiguen en el menor tiempo posible y para garantizar que ese modelo está funcionando hacer procesos de información rutinario, ingresando datos nominales, viendo con una lógica más centinela, muestreo. El modelo hoy por hoy plantea que la malaria en Sonsonate se diagnostica con microscopios ubicados en Sonsonate y en los que tienen laboratorio y una red grande de otras unidades de salud que tomas láminas y COLVOL y un proceso de recolección de láminas, en otra parte podría ser con prueba rápida, con más microscopistas, hay que preguntarse a menudo si el modelo de vigilancia está bien o hay que reformular algo, este ejercicio de analizar los tiempos es en virtud de si debo cambiar porque los tiempos están prolongados. Hay cosas que hacen parte del modelo y varias preocupan, el número enorme de láminas examinadas, los números de los COLVOL preocupan porque son pequeños, unidades de salud saliendo a campo y que están realizando un número grande de láminas y si todas esas láminas examinadas están quedando seis días o más, hay un periodo de seis días sin iniciar tratamiento que se suma al tiempo de inicio de los síntomas que puede haber sido de cinco días, entonces;

12. **¿qué medidas el modelo está sumando para que no pasen esos días, o es que todos los examinados son igualmente sospechosos o dentro de los examinados hay muchas láminas hechas porque hay un apolítica hacerla a muchos febriles, pero hay otros examinados que son los que realmente son y todos están tras ellos?** R/ hay ciertos días que se pasa a traer la gota gruesa, por ejemplo Acajutla es un municipio donde tenemos alta carga de casos, la Directora de Metalillo si ayer le llegaron a traer las gotas, pero si este día llegó un usuario altamente sospechoso, porque dice que hace una semana llegó de la Gomera y hoy le empezó fiebre, inmediatamente llama por teléfono para que se envié por la gota gruesa porque es altamente probable y aún puede salir negativa pero se le da un seguimiento aparte, nosotros le llamamos tomar gota gruesa enzimática, en el año 2015 tuvimos un caso de una niña que hasta la tercer gota gruesa salió positiva y fue en una gota gruesa que se la tomamos a febril, al ver la historia, Guatemala, porque ellos son una familia que cuida un rancho vacacional donde los dueños son Guatemaltecos y un mes antes habían llegado con toda la familia y uno de ellos toda la semana tuvo con fiebre, cumple, este ejemplo es lo que nosotros vivimos en el 100% de establecimientos.

Por otro lado, las capacitaciones que realizamos el año pasado con los COLVOL donde le dijimos que necesitamos que estén tras la gota gruesa salieron casos de malaria, los casos del año pasado los tomó un COLVOL que fue a la casa del paciente que dijo que ya le tomaron la gota gruesa y al sobrino ya se la tomaron en el establecimiento de salud, pero el COLVOL les dice que se las va a ir a tomar al lugar, y fue diagnosticado. En la capacitación se les dijo que no se queden con una gota gruesa que sigan vigilando, porque lo que sucede es que nos automedicamos y eso es lo que nos ha dado tres gotas gruesas negativas y en la cuarta positiva.

13. OPS, esto tiene que ver con el hecho de que la persona puede estar con malaria y en el momento de la gota gruesa salir negativo entonces hay que repetirla, la reducción de láminas tomadas por COLVOL se compensa con el incremento en las unidades de salud; pero **¿les preocupa el hecho de que los COLVOL estén hoy por hoy tomando menos láminas, en el sentido que quizá la población que históricamente accedió a los COLVOL no necesariamente está siendo cubierta por los establecimientos?**, las gráficas que presentan son claras y convincentes, pero los números no necesariamente son de las mismas poblaciones.

R/ en gran porcentaje no nos preocupa, en el 2009 cuando incrementamos la oferta de servicios del MINSAL a la población, se contrataron promotores de salud y en todas esas zonas hay una parte de COLVOL, ósea que si esta población no llega a la unidad o el equipo comunitario no llega, el promotor de salud tiene el acercamiento con la población y ellos tienen el número de teléfono del promotor de salud por cualquier situación, sobre todo en esta zona donde tenemos alta carga de casos.

14. OPS, **¿consideran que la cobertura que dan las unidades de salud a la población es bastante buena en esta zona?** R/ arriba del 95%, es bien difícil que haya alguien en la comunidad que tenga una semana de fiebre y que no haya tenido acceso a toma de gota gruesa ya sea por promotor, por COLVOL o por unidad de salud.

15. Miembro del comité de monitoreo del MCP: en caso de que estén tomando menos muestras porque hay menos síntomas, habría que ver **que tanto porcentaje de pacientes con fiebre hay y que tanto se toman**, llama la atención la gran cantidad de muestras tomadas y tan pocos casos, aunque lógicamente no vamos a tener tantos. R/ el criterio que usamos para gota gruesa no es por sospecha de malaria sino fiebre o historia de fiebre.

OPS, parte del dilema es que puedo tener un modelo donde se está capturando muchos examinados, pero el modelo no me está asegurando que de esos grupos de examinados algunos que son potencialmente malaria tengan un proceso rápido de diagnóstico; hay que asegurarse en el país que se tomen medidas para que dentro del grupo de examinados haya unos que tienen más sospecha que otros y esos que tienen la sospecha tengan un proceso distinto, esa es la clave, pero no está muy claro en cómo se presenta el modelo, no puede ser anecdóticos. Les invitó a no verlo en términos de la información sino del modelo, que cada vez se está basando más en las unidades de salud y esta sigue un lineamiento del país que establece una definición de casos, y con esa definición le está haciendo gota gruesa a todo caso porque es sospechoso de malaria, y digamos que todo el proceso se tarda 6 días más 8 de síntomas, pero dentro de ese grupo hay 1 que tienen malaria y se debería iniciar investigación de caso y respuesta el siguiente día del inicio de los síntomas, **¿cómo es que el modelo me garantiza que este que tiene malaria va a tener un proceso distinto, que este debería tener el diagnostico al día del contacto con el sistema?**, el diagnostico debería de ser en menos de doce horas del contacto con el sistema, la mayoría no van a tener malaria, pero hay uno que tiene malaria y este tiene gametocitos **¿cómo me garantiza el sistema que este que tiene malaria de los doscientos tiene un proceso distinto, para que esa persona no se quede con gametocitos mucho tiempo y sin la investigación de caso?**

Hizo énfasis en que del diagnóstico depende todo, sin diagnóstico no hay tratamiento, no hay investigación de caso, no hay respuesta; ósea que la demora retrasa no solamente el tratamiento de ese caso sino la posibilidad de estar detectando otros casos que pueden haber comenzado síntomas igual o antes que él y este simplemente está haciendo el índice en un proceso de transmisión que ya comenzó hace quince días y el sistema lo ha captado, de este proceso no solo se retrasa el tratamiento sino la posibilidad de que el sistema detecte un grupo de casos que ya viene y que se está detectando por esta vía, la preocupación debe de estar en **¿cómo el modelo me asegura que con este caso tengo unos cien ponedores?**.

El Ing. Romero comentó que están claros que una enfermedad no se puede ocultar, y esta normado que el 10% de las gotas gruesas tomadas en todos los niveles sea enviado al Laboratorio Nacional de Referencia, el 10% de las negativas y el 100% que el laboratorio local considera les da un diagnóstico de positivo, entonces el 10% reduce en buena medida; ahora tenemos el reto de ir perfeccionando lo que ahora es efectivo, lo hemos analizado, tiene unas brechas y son las mismas que estamos discutiendo ahora, y de este 10% cuanto tenemos de concordancia en el LNR, 100%, eso viene a garantizar, se hace control de calidad semanal a las gotas gruesas tomadas en los diferentes niveles de atención, al LNR se le hizo control de calidad externa con el apoyo de OPS, se hizo en Honduras con el 99.9% de certeza, significa que nuestros microscopistas y laboratoristas a nivel comunitario están dando un diagnóstico y lectura correcto, y esto el laboratorio de referencia de Honduras lo reconfirma, no negamos que no se nos puede escapar alguno, porque de la evaluación que hizo OPS del sistema de 9 casos detectados en 2015, el resultado fue 10 casos, de acuerdo a eso se nos escapó uno, y en esa visita el experto que vino de OPS nos dijo que COLVOL que no da medicamento está atado.

OPS, nos reunimos con él y nos transmitió la preocupación, de que al haber retirado el tratamiento presuntivo por orientación de la OPS se había desestimulado la sospecha, y las personas iban con fiebre y salían del contacto con el COLVOL sin tratamiento y eso se va a ir volviendo un proceso en el cual la comunidad iba a comenzar a buscar menos el apoyo de los COLVOL y veía que históricamente los COLVOL habían sido una pieza esencial de la historia de eliminación de malaria en El Salvador, eso hace parte de los elementos, estar aquí en esta conversación es porque hay que pensarlo y como técnicos de la OPS nos corresponde ayudar al país a ver como se resuelve.

Ing. Eduardo Romero: este tema lo vimos en la evaluación que nos dio OPS y el análisis que hicimos es en el marco de las observaciones de la OPS para ver qué es lo que queremos, tenemos la propuesta para mejorar el SUIS, porque el sistema de información necesita que se incluyan variables y por sugerencia de OPS queremos incrementar el número de registros para mejorar el análisis de interpretación de datos del sistema, buscamos perfeccionarlo y reducir la posibilidad de que se escape un caso dentro de esta cantidad de gotas gruesas tomadas a nivel local.

16. OPS, **¿los 4 casos importados del 2107 donde se detectaron?** R/ los 4 son de Guatemala, uno lo detecto el Hospital de Metapán, uno en Chalchuapa y otros en el Refugio, están documentos y se tiene una hoja de investigación por caso.

17. OPS, el sector privado casi no toma muestras, **¿la gente no suele ir o no es una fuente de provisión de servicios muy importante?** R/es importante, las personas si van, pero quizá no ha llegado alguien que cumple con los criterios para tomarle la gota gruesa. De hecho, ya se han reportado casos diagnosticados en laboratorios privados e ISSS, y como el tratamiento solo lo da MINSAL, se mantienen en contacto, traen la gota y se hace un control de calidad. Por otro lado, quizá tomen gota gruesa pero no reportan a lo mejor porque no se ha establecido como y donde deben notificar, pero cuando sale un caso positivo de inmediato hablan porque saben que el tratamiento es el ministerio.

18. OPS, **¿toman muestras, pero no se las reportan?** R/ si, de los 8 casos que se detectaron el año 2015, 2 fueron detectados por laboratorios privados, en los 11 casos de 2016 hubo otras fuentes, laboratorio regional, hospital, ISSS, el rol de los laboratorios privados esta, estamos teniendo más acercamiento con ellos, pero no hay algo que legalmente establezca que ellos deben de notificar, si eso se diera tendríamos un flujo de gotas gruesas mayor de las que ellos de una forma silenciosa toman, diagnostican y ahí quedan.

El Ing. Romero aclaro que en el SUIS aparece registrado el aporte del servicio privado, en unos departamentos más que en otros, pero si tenemos una vigilancia epidemiológica en los servicios privados.

La Dra. Guadalupe Flores explicó que el 85 o 90 % de la población es atendida por el sistema público y el ISSS podría estar en 5 o el 7%, entre otro los privados, eso compensa el que haya menos notificación en el caso de los privados, sin embargo considera que deberían fortalecerse los socios públicos privados.

19. OPS, entiendo que gran parte de la vulnerabilidad, quienes traen la malaria; gran parte depende de los salvadoreños que van a trabajar en la Gomera y por otro lado son las personas de Guatemala que vienen a comercializar en la costa, con respecto al grupo de salvadoreños que van a Guatemala **¿qué tan bien caracterizada o focalizada esta? o ¿es diseminada? ¿qué tan posible es que esos grupos tengan acceso a un paquete de información con respecto al riesgo y como proceder y buscar servicios cuando regresan?** R/ es diseminado, hay situaciones de riesgo social que no nos permite llegar más allá, estamos hablando que en muchos casos no pasan por los puntos oficiales a menos que sean legales y hay tráfico en dos vías.

20. OPS, **es una población muy difícil para trabajar desde el punto de vista de IEC.** R/ los que pasan por los puntos oficiales se les da una pequeña información, el punto es que salen y regresan por puntos ciegos

OPS, mencionó que los que pueden estar asociados al riesgo de malaria ya está realmente focalizado en la Gomera y relacionado con las localidades que están vinculadas a la actividad agrícola, los que tienen más riesgo son los que van a hacer actividad agrícola en la Gomera, esos son los que deberían preocuparnos.

21. Miembro del comité de monitoreo del MCP: **¿qué es lo que se ha hecho bien por salud pública para disminuir esa gran cantidad que había desde 1980 al día de hoy? ¿será que además de las buenas estrategias ha habido un cambio climático en los últimos 30-35 años que ha ayudado a disminuir los casos?** R/ el manejo integrado de vectores en malaria se cumple a la perfección, porque tenemos tratamiento al parásito, hacemos abordaje al medio ambiente, a la persona incluida la enfermedad en sí, desde 1992 no tenemos falsiparum; se hacía una programación de tratamiento masivo en las comunidades donde aparecían los casos, lo otro es la estratificación de área, no se rociaba el 100% de las viviendas y ahora se hace, se aplica adulticida residual en la pared y tiene tres meses de protección, drenaje de criaderos de zancudos, somos uno de los países que tenemos tanto obras físicas de ingeniería como artesanales.

22. OPS, **¿han registrado algún cambio en la densidad de anofelinos en las comunidades con más importantes?** R/ en el video se muestra el trabajo en la comunidad el Maguey, los convencimos y les mostramos que en la zona estaban las larvas, aceptaron el reto de trabajar y limpiar el río, pero es algo que debe hacerse frecuentemente porque nuevamente tiene larvas, se debe concientizar en ese trabajo a la comunidad.

23. OPS, **¿han mantenido alguna acción de control vectorial en malaria este año?** R/ hay una programación operativa anual de control vectorial, en ese plan establecemos los caseríos con historia de transmisión donde implementamos las 11 medidas, (diagnóstico entomológico, intra sobre superficie (búsqueda y captura de mosquito adulto por vivienda), aplicación de larvicida, etc.), este plan operativo se trabaja a nivel nacional en los 17 SIBASI y se establecen prioridades para el próximo año, utilizando como elementos lo que sucedió epidemiológicamente y entomológicamente este año para hacer la programación y trabajar.

24. OPS, **y en las localidades que fueron focos activos de malaria el 2016 y 2015, ¿que se está haciendo en control vectorial este año?** R/se monitorean los criaderos para establecer si se va aplicar larvicidas y cuantos ciclos, se hacen captura de zancudos adultos para medir la densidad y programar aplicaciones con adulticida que son térmicas, este año llevamos 600 viviendas rociadas con productos residuales, en las localidades donde surgieron los casos el año pasado y donde tenemos los dos casos este año, y para este año presentamos la distribución de 300 mosquiteros impregnados, las localidades de los 11 casos el año 2016 se están tratando con mosquitero impregnado para un mínimo de dos años, según el monitoreo que se está haciendo a los dos años el insecticida está activo, hay que esperar 2 o 3 años para continuar con la estrategia de implementación de mosquitero, funciona y ayuda a acortar la cadena de transmisión, es una de las medidas alternas además del rociado residual, y es bien aceptado por la población.

“El equipo de Sonsonate mostró al equipo de OPS el expediente de la Sra. María Santos Álvarez, un caso de recidiva, que fue uno de los 11 casos diagnosticados y tratados en el 2016, se les hizo notar que es importante darles revisión a los detalles para procurar identificar opciones de corrección.

Finalmente, el Dr. Roberto Montoya de OPS regional agradeció por la información compartida que es importante para poder apoyar mejor al país y entender que está pasando. Comento que la idea de esta visita y el taller regional que estaremos realizando es conocer los avances en los países y ahí tratar de darles los elementos necesarios para la certificación, ya están terminando este año sin casos autóctonos; El Salvador tiene que empezar a pensar en cómo irse preparando para la certificación de la malaria, si no tienen casos autóctonos sería el primer año a partir del último año que tendrían casos autóctonos que sería el 2016, todos los casos importados de los años siguientes tendrán que estar muy bien investigados y documentados, deben tener la ficha de

investigación del caso con toda la documentación de cómo se hizo la investigación y la respuesta, si alguno de estos casos ocurrió en un área altamente receptiva y si eso amerita alguna intervención, entendemos que es algo que se ha venido haciendo y que se cuentan con los documentos necesarios, pero como el proceso de evaluación y verificación para poder ser certificados es 3 años sin casos autóctonos, se deben continuar haciendo los esfuerzos y garantizar la documentaciones que soporte la investigaciones de cada uno de los casos, respetando las investigaciones que por normativa el país tiene establecidas. Es importante que como país reflexionemos y vayamos más allá del sistema de información, porque esta es solo una parte, la información es para monitorear el modelo, el cómo pienso el modelo, las preguntas y cuestionamientos, van mucho más allá de la información, entender como se está comportando la sospecha, que tan sensible está en virtud de todas las variaciones del sistema, de las variaciones de la demanda de servicios, de los cambios de la oferta y la demanda, del cambio epidemiológico y de la migración de Salvadoreños, esas son cosas imposibles de monitorear con el sistema de información, y esa es la esencia de mantener el país sin malaria, en el sistema de información hay un componente grande, pero debemos recordar que es el modelo local lo que debemos tener bien claro y definido, porque de ahí depende de la oferta, la demanda y de las dinámicas sociales muy locales.

Luego de una discusión rica en información entre el equipo nacional y el equipo de OPS, se finaliza la reunión, el equipo del MCP finaliza su acompañamiento y el equipo de OPS se traslada a la Unidad de Salud de Metalillo.

V. CONCLUSIONES

- Se pudo evidenciar en un pequeño video que se educa a la población en el conocimiento de la malaria.
- La erradicación de la malaria es gracias a las estrategias que se han tomado en los últimos 30 años.
- Delegado de OPS hizo notar que es importante que el país asegure la detección de casos oportunamente.
- Cuestionó el tiempo prolongado entre el apareamiento de los síntomas en el paciente y el diagnóstico.
- Se comprometió a seguir gestionando para que se continúe apoyando la lucha en la prevención de la malaria.
- Felicitaron al país por el trabajo que se haciendo en la erradicación de la malaria, sin embargo, se debe estar alertas monitoreando constantemente.

VI. RECOMENDACIONES DE OPS

- Es necesario buscar estrategias para mejorar el tiempo entre el inicio de los síntomas y la realización de la prueba de gota gruesa.
- Tomar medidas preventivas tanto en el personal de El Salvador que visita Guatemala, así como los guatemaltecos que visitan El Salvador.
- Continuar con el ejercicio de pensar que tanto el modelo local de detección, investigación de casos está funcionando y buscar la manera de irlo perfeccionando en el sentido de asegurarse que cualquier caso de malaria se detecte, se trate y se investigue en el menor tiempo posible.
- Para lograr que la detección sea en el menor tiempo posible hay que aprovechar el modelo y la ruta de atención de todos los casos sospechosos, y que el equipo dedique el mayor tiempo posible a monitorear, a entenderlo no solo los números sino entender las dinámicas y lo que está pasando a nivel local, los riesgos y los movimientos de población.
- Mantener adecuados procesos de calidad de diagnóstico y gestión anti malaricos.
- Entrenada la gente que está involucrada, tener las guías necesarias y una serie de aspectos de soporte que serán abordados en el taller que se sostendrá en los próximos días.
- Esencialmente que el equipo este seguro de que los casos se están detectando con la mayor sensibilidad posible y que el modelo permite que un eventual caso de malaria sea diagnosticado en un corto tiempo y tenga una respuesta negativa.