

Ministerio
de
Hacienda

Transparencia y
Responsabilidad
Fiscal
para el
Desarrollo



EVALUACIÓN DE PROGRAMAS PÚBLICOS

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
**Control y Vigilancia de Enfermedades
Transmitidas por Vectores-SENEPA**

Informe Final
2012





Dirección General de Presupuesto
Departamento de Evaluación del Gasto Público

EVALUACIÓN DE PROGRAMAS PÚBLICOS

INFORME FINAL

**Subprograma “Control y Vigilancia de
Enfermedades Transmitidas por Vectores”**

**Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo
(SENEPA)**

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Periodo Evaluado: 2008 - 2011

Evaluadores: Guillermo Monroy, Magdalena Molinas, Jazmín Villagra

JULIO 2012

CONTENIDO

SIGLAS

4

PRESENTACIÓN

5

I. RESUMEN EJECUTIVO

1.1. Descripción General del Subprograma	6
1.2. Objetivos del Subprograma	7
1.3. Diseño del Subprograma	8
1.4. Principales resultados de la evaluación	9
1.5. Justificación de la Continuidad del Subprograma	13
1.6. Principales Recomendaciones	13

II. ANTECEDENTES DEL SUBPROGRAMA

2.1. Descripción General del Subprograma	15
2.2. Objetivos del Subprograma a nivel de fin y propósito	19
2.3. Justificación del Subprograma	20
2.4. Política global y/o sectorial a que pertenece el Subprograma	20
2.5. Descripción de servicios (componentes) que entrega el Subprograma	21
2.6. Procesos de producción de los componentes	24
2.7. Caracterización y cuantificación de población potencial	26
2.8. Caracterización y cuantificación de población objetivo	27
2.9. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación	28
2.10. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación	34
2.11. Reformulaciones del Subprograma	36
2.12. Otros programas relacionados	37
2.13. Antecedentes Presupuestarios	38

III. TEMAS DE EVALUACIÓN

3.1. Diseño del Subprograma	39
3.2. Organización y Gestión del Subprograma	41
3.3. Eficacia y Calidad del Subprograma	47
3.4. Recursos Financieros	59
3.5. Sostenibilidad del Subprograma	68
3.6. Justificación de la Continuidad	69

IV. CONCLUSIONES

70

V. RECOMENDACIONES

74

VI. BILIOGRAFÍA

76

VII. ANEXOS

77

SIGLAS

AG	Alta Gerencia
ACMS	Abogacía, Comunicación y Movilización Social
APS	Atención Primaria en Salud
CENOSIS	Centro Antirrábico Nacional
CCC	Comunicación para Cambio de Conducta
CIDA/CANADA	Agencia de Desarrollo Internacional Sida /Canadá.
CVA	Cobertura de Vigilancia Activa
DGP	Dirección General de Presupuesto
DIGIES	Dirección General de Información Estratégica en Salud
DGVS	Dirección General de Vigilancia de la Salud
EPH	Encuesta Permanente de Hogares
EGI	Estrategia de Gestión Integrada
IEC	Información, Educación, Comunicación
IIL	Índice de Infestación Larvaria
IICS	Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud
IPA	Índice Parasitario Anual
IPS	Instituto de Previsión Social
LC	Leishmaniosis Cutánea
LCSP	Laboratorio Central de Salud Pública
LM	Leishmaniosis Mucocutánea
LTA	Leishmaniosis Tegumentaria Americana
LT	Leishmaniosis Tegumentaria
LSSP	Laboratorios de los Servicios de Salud Pública
LIRAA	Levantamiento de Infestación Rápido de <i>Aedes aegypti</i>
LVA	Leishmaniosis Visceral Americana
LV	Leishmaniosis Visceral
MML	Matriz del Marco Lógico
MLI	Marco Legal Institucional
MSF	Médicos Sin Fronteras
MSP y BS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
M&E	Monitoreo y Evaluación
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEI	Plan Estratégico Institucional
PEAV	Plan de Evaluación Anual de Viviendas
PEM	Plan de Eliminación de la Malaria
POA	Plan Operativo Anual
PNCZ y CAN	Programa Nacional de Control de Zoonosis y Centro Antirrábico Nacional
PNCP	Programa Nacional de Control del Paludismo
PNCVD	Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue
PNCECch	Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas
PNCL	Programa Nacional de control de las Leishmaniosis
PNVCE	Programa Nacional de Vigilancia y Control de Esquistosomiasis
PNS	Programa Nacional de Sangre
RUD	Red de Unidades de Diagnóstico
RRHH	Recursos Humanos
SEAM	Secretaría del Ambiente, Asunción Paraguay
SENEPA	Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo
SINAIS	Sistema Nacional de información en salud
SVE	Sistema de Vigilancia Entomológica
UER	Unidad Epidemiológica Regional
USF	Unidades de Salud de la Familia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
ZOR	Zona Operativa Regional

PRESENTACIÓN

Nos complace presentar el Informe de Evaluación Externa del Subprograma Control y Vigilancia de enfermedades transmitidas por vectores del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo – SENEPA, perteneciente al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el cual se desarrolló entre los meses de Enero y Junio del año 2012, en el marco de la implementación del Presupuesto por Resultados, impulsado por el Ministerio de Hacienda, a través del Departamento de Evaluación del Gasto Público, de la Dirección de General de Presupuesto.

El objetivo fue evaluar el diseño, la gestión y resultados del subprograma proporcionando información que apoye la gestión y al proceso de asignación de recursos. Para el efecto, se tomó como periodo de tiempo la ejecución del subprograma en los años 2008 al 2011, poniendo énfasis en el Ejercicio Fiscal 2011.

El informe completo consta de 234 páginas, cuyo contenido consta de un resumen ejecutivo de la evaluación, seguido del cuerpo del informe que se divide en “Antecedentes del Subprograma”, “Temas de evaluación”, “Conclusiones” y “Recomendaciones”, además de los anexos en donde se detalla la metodología del trabajo de campo realizado y se propone una matriz de marco lógico

El presente informe final de evaluación pretende ser el punto de partida para establecer mejoras en el subprograma a través de compromisos que posibiliten la transparencia, eficiencia, y eficacia en la ejecución y prosecución de sus objetivos, a fin generar el mayor bienestar en la población con la mejor utilización de los recursos públicos.

Equipo Evaluador

Dr. José Guillermo Monroy Peralta

Dra. Jazmín Villagra Carrón

Mtra. María Magdalena Molinas Maldonado

I. RESUMEN EJECUTIVO

1.1. Descripción General del Subprograma

El presente informe de evaluación externa del Sub-programa Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitida por Vectores, implementado por el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo –SENEPA–, fue elaborado en el marco de Evaluación de Programas Sociales, impulsado por el Ministerio de Hacienda, a través del Departamento de Evaluación del Gasto Público, de la Dirección de General de Presupuesto. El período evaluado se corresponde a los años 2008-2011.

El SENEPA fue creado por *Ley N° 458 del 12 de septiembre de 1957*¹, con el objetivo primario de llevar adelante el Plan de Erradicación de la Malaria o Paludismo. El *30 de noviembre de 1977, por resolución S.G. N° 120*, se introducen bajo la responsabilidad del SENEPA otros Programas de enfermedades transmitidas por vectores como: Chagas, Dengue, Leishmaniosis, Fiebre Amarilla y Esquistosomiasis².

Es un sub-programa del Programa Vigilancia Sanitaria, y éste último pertenece al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dentro de la Estructura Presupuestaria del MSP y BS, el sub/Programa **Control y Vigilancia de Enfermedades Trasmitidas por Vectores**, es parte de un Programa de Acción relacionado con la Vigilancia y Evaluación Epidemiológica³.

El sub-programa Control y Vigilancia de Enfermedades Trasmitidas por Vectores, se implementa a través de 5 componentes que son: el Sub-programa Nacional de Control Vectorial del Dengue; el Sub-programa Nacional de Control del Paludismo; el Sub-programa Nacional de Control de las Leishmaniosis; el Sub-programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas y; el Sub-programa de Vigilancia y Control de la Esquistosomiasis.

El subprograma Control y Vigilancia de Enfermedades Trasmitidas por Vectores tiene cobertura nacional, por lo que es implementado en oficinas permanentes distribuidas en las 18 Regiones Sanitarias del país. Los bienes y servicios que ofrece son gratuitos y brindados de manera general para toda la población que requiere de los servicios del control de Vectores.

Los **recursos** del SENEPA provienen de los Aportes Patronales del Instituto de Previsión Social por lo que sus erogaciones se realizan a través de la Fuente de Financiamiento 30, Recursos Institucionales. En la actualidad por Ley 432/73, el aporte patronal adicional del medio por ciento (0,50%) del IPS, destinado a sufragar gastos de la campaña de erradicación del paludismo con una vigencia de (5) cinco años⁴. La institución cuenta con un Plan de Caja mensual (basado en el presupuesto aprobado para el año fiscal, y de

¹ www.senepa.gov.py La institución, consultado el 03 de febrero del 2012.

² Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo *Ficha de Antecedentes del Programa para la Preparación del Marco Lógico de SENEPA*. SENEPA, Taller de Elaboración del Marco Lógico y Construcción de Indicadores de Desempeño, Organizado por la Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Asunción, 22, 23 de Noviembre, 2011.

³ Ministerio de Salud Pública y Bienestar social. Dirección de Presupuesto. Departamento de Control y Evaluación Presupuestaria. Informe de Control y Evaluación. Ejercicio Fiscal 2009.

⁴ Gobierno de la República del Paraguay. Secretaría Técnica de Planificación. Servicio Nacional de Erradicación de Enfermedades transmitidas por Vectores –SENEPA-. *Plan Estratégico Institucional 2008-2013*. Mimeo. Sf. 40 pp.

acuerdo al Plan financiero establecido). Con los rubros asignados en la cuenta 111 se cubren los salarios del personal; y con la cuenta 113 se cubren otros gastos.

En el marco de la gratuidad de los servicios de salud, el SENEPA no realiza ninguna labor de recuperación de gastos.

El plan financiero final del 2011 de SENEPA fue de G. 71.126.698.142. Del total del presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a la Dirección General de SENEPA le correspondió para el año 2009, un 3.05%.

1.2. Tipos de Población del Programa

Para los Programas del SENEPA, se considera a la población potencial es igual a la **población objetivo**, ya que no se trabaja con porcentajes de cobertura para los servicios, sino que se pretende atender a la totalidad de la población que presenta el problema, es decir, aquella población en donde los vectores actúan de manera activa y les afectan⁵. De esa cuenta, la **población potencial** del SENEPA son los los 6.340.641 habitantes estimados para el año 2009⁶ en el caso de la enfermedad de Dengue, dado que la enfermedad se ha presentado con características epidémicas en diversos años.

Para **Dengue** y la **Leishmaniosis Visceral** la población objetivo es el total de habitantes del país (6.340.641 habitantes), dada la presencia del vector en prácticamente todo el territorio nacional. Para el caso de **Malaria** la población objetivo es de 578.322 habitantes, correspondiente con los departamentos en donde presenta su actividad el vector (Alto Paraná, Caaguazú, y Canindeyú). Para **Leishmaniosis tegumentaria** la población objetivo es de 2.739.716 (que contempla el total de la población rural del país, aunque más focalizado en los departamentos de Concepción y Canindeyú).

Para el caso de **Esquistosomiasis** el trabajo se limita actualmente a la vigilancia epidemiológica del vector en los márgenes de las hidroeléctricas de Itaipú y Yacyretá, en las Regiones de Itapúa, Alto Paraná y Canindeyú y en el municipio de Ayolas que corresponde a Misiones. La población objetivo contemplada por el programa es de 617.992 personas.

El componente Chagas contempla los departamentos de Presidente Hayes, Boquerón (Chaco Central), así como en Concepción, Cordillera y Paraguarí y San Pedro, que es donde se manifiesta una presencia activa del vector. Contempla una población objetivo de 1.240.570.

1.3. Diseño del Programa

La epidemia de Malaria que castigó al país en el año 1957, generó la creación del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo – SENEPA; el objetivo inicial de erradicar dicha enfermedad del país, fue ampliado veinte años después, en 1977, hacia el control de otras enfermedades transmitidas por vectores como Dengue, Chagas, Leishmaniosis visceral y tegumentaria, Malaria y Esquistosomiasis. Ampliación que ha sido oportuna teniendo en

⁵ Información proporcionada por la Lic. Martha Torales, jefa del departamento de Programas. Marzo 2012.

⁶ Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, **Anuario Estadístico del 2009**. Asunción, Paraguay, 2010.

cuenta que en los últimos cinco años han sido constantes los brotes epidémicos ocasionados por el Dengue en el país, con una extensión prácticamente a todo el territorio nacional.

En los últimos años, las enfermedades transmitidas por vectores volvieron a tener una relevancia fundamental en diversos países en desarrollo. Las epidemias ocasionadas por el Dengue, la Malaria, la Fiebre Amarilla, son algunas de las enfermedades trasmitidas por vectores que ocupan y preocupan de nuevo al personal sanitario.

Para los años 1988 y 1989, se da la primera epidemia de dengue, con una magnitud considerable al provocar un total de 41.990 casos en todo el territorio. Se considera que desde esa fecha el dengue se ha hecho endémico, con variaciones en algunos años en los cuales se vuelve epidémico.

El aparecimiento de enfermedades transmitidas por vectores, como el Chagas, la Leishmaniosis, la Fiebre Amarilla, el Dengue y la Esquistosomiasis⁷, hizo que en el año 1977, bajo resolución *S.G. N° 120 del 30 de noviembre de 1977*, se introduzcan, bajo la responsabilidad del SENEPA, otros Programas para el control de estos vectores.

SENEPA trabaja bajo un modelo orientado al control de los vectores. Desarrolla una serie de acciones en los ámbitos de prevención y promoción de la salud. Hay que destacar que los servicios de *Prevención* y *Promoción* se encuentran en el diseño de los 5 subprogramas y el componente de *Recuperación* se encuentra incluido solamente en los de Leishmaniosis y Malaria.

El servicio de **prevención**, incluye las actividades de muestras tomadas y examinadas dentro del marco de la vigilancia (Paludismo, Leishmaniosis y Esquistosomiasis), las viviendas rociadas con insecticidas, las actividades de control oportunas de los vectores con la destrucción de criaderos, las investigaciones entomológicas y las intervenciones de vigilancia (sobre todo en la construcción de índices larvarios, mapas de riesgo y estrategias de intervención comunitaria, que incluyen labores de mingas ambientales y rastrellajes). Los servicios de **promoción** se relacionan con las capacitaciones para el diagnóstico y el tratamiento; así como generalidades de las enfermedades trasmitidas por vectores, además del área de comunicación y distribución de materiales didácticos.

El Sub-programa Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitida por Vectores cuenta con una Matriz del Marco lógico, que contempla el fin, propósito y objetivo general del subprograma, los cuales se definen de la siguiente manera:

⁷ Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo *Ficha de Antecedentes del Programa para la Preparación del Marco Lógico de SENEPA*. SENEPA, Taller de Elaboración del Marco Lógico y Construcción de Indicadores de Desempeño, Organizado por la Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Asunción, 22, 23 de Noviembre, 2011.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

En la actualidad el fin y el propósito del Sub/programa son los siguientes:

Fin del Sub/Programa:

Contribuir a mejorar la Calidad de vida de la población paraguaya.

Propósito del Sub/Programa:

Reducción y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores.

Objetivo General:

Desarrollar acciones conducentes a vigilar, prevenir y controlar las Enfermedades Trasmitidas por Vectores, a manera de impedir que la población enferme, y si en tal caso aconteciese, rehabilitar a los mismos de modo a que disminuya el impacto socio económico en la población⁸.

El fin establecido por el subprograma está en concordancia con la Misión explicitada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; por otro lado, el propósito del sub/programa está asociado al problema o necesidad central de Reducir y Controlar las enfermedades transmitidas por Vectores, y es lo suficientemente amplio para abarcar a cada uno de los cinco subprogramas o componentes a través de los cuales SENEPA articula su respuesta hacia la sociedad paraguaya, los cuales son adecuados.

A nivel de la lógica vertical, en la Matriz de Marco Lógico se definieron de manera inadecuada los componentes, al definir las actividades de prevención, promoción y recuperación como los componentes, aunque las mismas se corresponden con actividades, y los componentes son los 5 subprogramas nacionales con los que la institución desarrolla sus acciones (Sub-Programa Malaria; Sub-programa Dengue, Sub-Programa Leishmaniosis; Sub-programa Dengue; y Sub-programa Esquistosomiasis).

En todos los cinco componentes las actividades de promoción definidas en la matriz, son insuficientes o no reflejan todas las actividades de Promoción que se indican en los Planes Operativos Anuales (POA's) de la institución en los cuales se establecen actividades de jornadas de capacitación, charlas, conferencias, seminarios; así como actividades radiales y televisivas, y jornadas de trabajo con otros actores sociales.

⁸ Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo *Ficha de Antecedentes del Programa para la Preparación del Marco Lógico de SENEPA*. SENEPA, Taller de Elaboración del Marco Lógico y Construcción de Indicadores de Desempeño, Organizado por la Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Asunción, 22, 23 de Noviembre, 2011.

En el ámbito de Prevención, a nivel de la lógica Horizontal, existen indicadores definidos de manera adecuada pero no son suficientes para medir las cuatro dimensiones de: eficacia, calidad, eficiencia y economía. No se definieron metas y ni los medios de verificación para medir el fin y el propósito del Programa, por lo que no se puede evaluar los mismos.

Si bien se definieron indicadores en el ámbito de eficacia como por ejemplo: porcentaje de capacitaciones realizadas en el año sobre el número de capacitaciones planificadas en el año; porcentaje de muestras examinadas y diagnosticadas en el año, sobre el porcentaje de muestras planificadas; porcentaje de viviendas rociadas en el año sobre el porcentaje de viviendas programadas en el año; porcentaje de intervenciones de vigilancia realizadas en el año sobre el número de intervenciones de vigilancia programadas; porcentaje de investigaciones entomológicas realizadas en el año sobre el número de investigaciones entomológicas programadas en el año; dichos indicadores no están definidos por cada uno de los componentes; aunque en los Planes Operativos aparecen reflejados más claramente.

En el ámbito de los indicadores de economía se definió únicamente el porcentaje del presupuesto ejecutado con respecto al plan financiero asignado en enero del año t; así como el porcentaje del presupuesto ejecutado con respecto al plan financiero asignado en diciembre del año t. Consideramos que dichos indicadores son insuficientes para medir la inversión que se realiza por componente; los costos operativos de cada uno de los componentes; la inversión que se realiza por cada una de las regiones sanitarias o zonas operativas en las que operativamente trabaja la institución; por lo que a la fecha no se puede dar cuenta del nivel de inversión que se realiza, según los lugares en donde los vectores afectan mayoritariamente a la población.

Tampoco se tienen indicadores que nos permitan medir el grado de cumplimiento de los objetivos, a cuántos usuarios o beneficiarios se entregan los bienes o servicios, qué porcentaje de los mismos son mujeres u hombres, cuáles son los rangos de edad de los usuarios, cuántas acciones de monitoreo y/o seguimiento se realizan al año por componente; qué acciones de articulación se realizan con otros organismos de salud, tales como las Unidades de Salud de la Familia; y de qué manera se miden las acciones orientadas al Cambio de Actitudes de la población sobre las acciones de prevención y control de los vectores.

No se tienen indicadores relacionados con procesos o actividades de articulación y coordinación de acciones con otros actores, sean estos gubernamentales o no gubernamentales por cada uno de los componentes; a pesar de que en el momento actual SENEPA realiza un buen número de acciones relacionadas con educación para la salud, mingas ambientales y rastrillajes, de manera coordinada con autoridades municipales, departamentales y otras organizaciones gubernamentales.

No se definieron indicadores de eficiencia en cuanto a la realización de las tareas o trabajos en el mejor tiempo posible y con el mejor uso de los recursos. Tampoco se realizaron indicadores que midan la calidad de los servicios ofrecidos en cada uno de los componentes evaluados.

De la misma manera hace falta definir más precisamente los supuestos que deben acompañar a la matriz de marco lógico, en tanto permiten entender los condicionantes que pueden facilitar u obstaculizar el logro de los resultados esperados.

1.4. Principales resultados de la evaluación

En cuanto a los resultados producidos por SENEPA en el desarrollo de los cinco componentes, podemos mencionar lo siguiente:

Durante el período 2008-2011 se han presentado 60.959 casos de personas enfermas de Dengue. De 110 casos reportados en el año 2008, 4.339 en el año 2009, 13.565 en el año 2010, a 42.945 casos en el 2011 registrándose un total de 62 fallecidos⁹.

Con relación a las actividades de prevención del Dengue puesta en marcha por SENEPA, para el período 2008-2011, la institución planificó un total de 12.908 actividades como Meta Total. Las actividades incluían: Construcción de índices larvarios por municipios según nivel de riesgo; bloqueos químicos¹⁰; destrucción de criaderos a través de actividades relacionadas con Mingas Ambientales¹¹ y Rastrillajes¹²; etc.

SENEPA realizó un total de 40.887 actividades de prevención, que equivalen a un promedio de 317% de cumplimiento, destacándose el año 2010 como el de más alto rendimiento con un promedio de 549% de cumplimiento.

La Región Sanitaria más beneficiada por las actividades prevención durante el período de estudio fue Capital con el 23% de las actividades de **Mingas ambientales y actividades de rastrillaje**, en 2º lugar fue Central con el 15% de las actividades y en 3er. lugar fue Caazapá con el 14,5% de las actividades realizadas. Lo que se explica por una presencia mayor del vector en Capital y Central, seguido de Alto Paraná.

La cantidad de predios fumigados y cantidad de manzanas fumigadas o viviendas rociadas de los años 2009 al 2011 fue de 4.421.487, lo que muestra el esfuerzo que se ha hecho para lograr llegar a un número significativo de población, ante los constantes brotes ocasionados por el vector.

SENEPA durante el período analizado realizó un número creciente de estudios relacionados con mediciones de Índices de Infestación Larvaria en los distintos municipios del país, poniendo especial énfasis en aquellos que se ubicaban en las zonas de máximo riesgo. De esa cuenta, fueron las Regiones Sanitaria de Central con el 31% de las actividades realizadas, en 2º lugar Alto Paraná con el 10% de los levantamientos realizados, en 3er. lugar la Capital con el 9% de las actividades realizadas. Las zonas con menor beneficio fueron San Pedro Sur con el 0,03% de actividades y Guairá con el 1%.

⁹ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo, SENEPA,. Departamento de Gestión de Datos Epidemiológicos. Datos proporcionados al equipo evaluador en marzo 2012.

¹⁰ Las actividades de bloque químico se dan luego de recibir las notificaciones de casos confirmados y/o sospechosos de estar afectados por el Dengue. Se realiza un rociado de insecticida con máquinas livianas y pesadas que permiten el aniquilamiento y/o destrucción de mosquitos adultos transmisores de la enfermedad por lo menos por un período de 10 días.

¹¹ Las mingas ambientales son actividades de participación comunitaria, con colaboración y/ o coordinación de autoridades locales, orientados a la destrucción de criaderos de mosquitos, la limpieza de casas, predios y/o patios baldíos con el fin de lograr que el mosquito no tenga espacios para su reproducción.

¹² Las actividades de rastrillaje consisten en: rociado espacial, eliminación de criaderos de mosquitos y búsqueda de casos febris, aproximadamente nueve manzanas alrededor de la viviendas del caso sospechoso y/o positivo.

Estas mismas zonas fueron también beneficiadas mayormente con actividades de bloqueos químicos: Así Asunción recibió el 23% de las actividades realizadas, en 2º lugar Alto Paraná con el 22% y en 3er. lugar Boquerón con el 20% de las actividades realizadas.

En cuanto a las actividades de **Promoción**, se planificaron 13.000 actividades para el período de estudio. Estas actividades incluían: Charlas, capacitación de personas; distribución de materiales educativos, entrevistas radiales y televisivas; información sobre la enfermedad y sobre las formas de destruir los criaderos de mosquitos.

Durante el período analizado en las actividades relacionadas con Promoción, SENEPA realizó un total de 14.805 entrevistas; 18.426 charlas; capacitó a 93.587 participantes; y distribuyó materiales educativos a un total de 307.607 personas

Cabe destacar que tanto en las actividades de **Prevención** como las de **Promoción**, la mayoría de los niveles de cumplimiento del período de 2008 al 2011, superan el 100% de cumplimiento, incluso se acercan a duplicar las actividades de **Promoción** y triplicar las actividades de **Prevención**.

En relación a las actividades de **Prevención para el componente Malaria**, las mismas incluyeron: Acciones de rociado de viviendas; destrucción de criaderos; muestras sanguíneas a personas sospechosas de enfermedad; etc.

En cuanto al indicador de número de viviendas y predios rociados que se habían programado para el período (125.000 rociados), se logró realizar 79.443, lo que equivale a un 64% en el logro del indicador. Con relación al indicador relacionado con número de láminas examinadas (estudios de gota gruesa), en el período se logró una cobertura de un 73%; con porcentajes que fueron disminuyendo progresivamente en el tiempo, debido a la misma razón ya expuesta, que la enfermedad ha ido desapareciendo progresivamente en el tiempo. Si bien se habían programado realizar durante el período 350.000 láminas examinadas y se realizaron 256.000 (casi 100.000 menos de lo estimado) es explicado dadas las razones enunciadas anteriormente.

Del total de casos que presentaron malaria (341 casos en el año 2008; 91 casos en el año 2009; 27 casos en el año 2010; y 10 casos en el año 2011), todos recibieron tratamiento y recuperaron su salud.

En cuanto al Subprograma Leishmaniosis, durante el período de la evaluación se presentaron 1.088 casos de Leishmaniosis Tegumentaria. La mayoría de estos casos se presentaron en los departamentos de Canindeyú (24,3%); San Pedro (23,8%); Caaguazú (13,2%), y Alto Paraná (13%). La tendencia de los casos muestra una disminución en un 51,3%, pasando de 380 casos en el año 2008 a 185 casos en el año 2011.

Se presentaron 402 casos de Leishmaniosis Visceral. La mayoría de estos casos se presentaron en el departamento Central, con 276 casos (equivalente a un 69% de todos los casos); seguido por el departamento de Cordillera con 36 casos (8,9%), y la ciudad de Asunción con 26 casos (6,2%). Durante el período se muestra un crecimiento ascendente de casos de enfermedad pasando de 61 casos a 114 casos mostrando un crecimiento en un 86%.

En cuanto a actividades de Prevención, se tomaron muestras laboratoriales a pacientes sospechosos de la enfermedad. El departamento más beneficiado en cuanto a toma de

muestras de sospechosos de Leishmaniosis Tegumentaria (LT) y Leishmaniosis Visceral Humana (LVH) es Capital con 2205, el 50% de los casos. En 2º lugar Central con 449, un 10% de personas beneficiadas con el Programa y en 3er. lugar Alto Paraná, con 412 personas beneficiadas que sería el 9% de la población beneficiada.

Se rociaron también viviendas, con el fin de controlar el vector. El departamento con mayor cantidad de **viviendas rociadas** fue Central con 50%, en 2º lugar Capital con 17% y en 3er. lugar Itapúa con 13%, como puede verse en la tabla que sigue a continuación.

En el 2009, 2010 y 2011, se realizaron charlas educativas dirigidas a docentes y estudiantes de diferentes establecimientos educativos del país dando prioridad a las áreas endémicas de Leishmaniosis. Se dieron 1,069 charlas; se realizaron 18,034 acciones de Comunicación orientadas al cambio de Conducta; y se distribuyeron 215.074 materiales educativos.

En cuanto a los porcentajes de pacientes recuperados, se logró un porcentaje de recuperación en el período por arriba del 90% de los pacientes.

A manera de síntesis de los resultados obtenidos en la evaluación, podemos decir, que el Sub-Programa *Control y Vigilancia de Enfermedades Trasmitidas por Vectores* de SENEPA tiene de manera adecuada definido el fin que persigue de “intervenir en la Alta Morbilidad de Enfermedades transmitidas por Vectores, en el Paraguay”; así como el Propósito de “la Reducción y Control de las Enfermedades transmitidas por vectores”.

La institución cuenta con una Matriz de Marco Lógico que a partir del año 2012 orienta el desarrollo de sus acciones, aunque la misma adolece de vacíos que no reflejan de manera adecuada las actividades desarrolladas por la institución, en tanto que los Planes Operativos Anuales de la institución dan cuenta de una serie de acciones en los ámbitos de prevención y promoción de la salud que no quedan recogidos en dicha matriz. De esa cuenta, aun cuando varias de dichas actividades (capacitaciones, charlas, seminarios, jornadas de formación, etc.) son realizadas por la institución, a nivel de los componentes no siempre se da cuenta de ellos y no se registran de manera adecuada las intervenciones realizadas.

Debido a las condiciones de pobreza, de educación, climáticas y de tránsito migratorio, el Paraguay sigue siendo un país propenso a padecer los embates de las enfermedades transmitidas por vectores. A ello se suman factores que tienen que ver con los inadecuados sistemas de recolección de residuos, y un bajo nivel de educación sanitaria y ambiental; que conlleva serios problemas de saneamiento ambiental.

Si bien los resultados obtenidos por la institución muestran que SENEPA ha logrado tener una incidencia significativa en la reducción y control de la Malaria en donde los casos se han reducido significativamente durante el período objeto de la evaluación, pasando de 341 casos en el año 2008 a únicamente 10 casos en el año 2011. No ha sucedido lo mismo en el caso del Dengue, en donde el propósito de “contribuir a mantener baja la incidencia del Dengue en el Paraguay, para reducir la repercusión social económica de la enfermedad como lo establece la EGI Nacional (menos del 5% de Índice de Infestación según OMS/OPS)”, aún no ha sido alcanzado; ya que en los últimos años hemos tenido epidemias que muestran como la misma se fue extendiendo por todo el país.

En el caso de las enfermedades de Leishmaniosis y Chagas, las mismas siguen mostrando un comportamiento epidemiológico de un número de casos limitados. SENEPA ha tenido capacidad para trabajar alrededor del control del vector y cuando es necesario ha dotado de

medicamentos a las instituciones que lo requieren en función de los pacientes que fueron diagnosticados con la enfermedad. En el caso de Esquistosomiasis en los últimos 25 años no se ha reportado un solo caso en el país, por lo que se considera que la vigilancia ha sido apropiada.

En conclusión, el objetivo a nivel de propósito se ha cumplido parcialmente dado que hay resultados dispares en cuanto al control y manejo de los vectores, mientras que en Malaria y en Esquistosomiasis los resultados son ampliamente satisfactorios; no sucede lo mismo en el caso del Dengue en donde aún hay que redoblar la vigilancia y el control de los vectores. En el caso de Leishmaniosis y Chagas se ha logrado ir alcanzando resultados por arriba del 80% de lo programado, pero aún hay un trecho entre un 15 a un 20% de crecimiento que podría mejorar los indicadores del Sub-programa.

1.5. Justificación de la continuidad del Programa

Los constantes brotes epidémicos y el resurgimiento de los vectores como agentes causales de enfermedad han motivado a las autoridades sanitarias de los diversos países de América Latina a fortalecer sus mecanismos de lucha contra estas amenazas. La generación de Estrategias de Gestión Integrada son hoy en día la norma a seguir en las acciones de salud vinculadas en la lucha contra los vectores.

En el marco de los brotes ocurridos a lo largo de los casi 55 años de haberse creado el sub/programa, el equipo evaluador considera que el problema que dio origen al Subprograma de Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores estuvo bien identificado; y por la relevancia que han tenido las epidemias ocasionadas por vectores en los años recientes, el subprograma continúa siendo necesario para garantizar la salud pública en el país.

Los resultados muestran que SENEPA ha sido una institución lo suficientemente capaz para dar respuesta a estos desafíos; sin embargo necesita afinar aún más los mecanismos orientados a una mayor participación ciudadana y a estrategias más locales (ámbito municipal) de acción y reacción a la lucha contra los vectores. La nueva Ley orgánica municipal establecida en febrero del 2010 le abre un abanico amplio de oportunidades a SENEPA, a fin de establecer mecanismos de coordinación y de trabajo con los diferentes entes municipales existentes en el país.

El Panel de evaluadores considera que el modelo de intervención que ha promovido SENEPA ha probado ser efectivo, pero que falta afinar acciones en el ámbito de la lucha contra el Dengue incorporando de manera más activa a las autoridades locales y regionales y haciendo un mayor número de alianzas con otros ministerios.

1.6. Principales Recomendaciones

- A. Es necesario que SENEPA defina de manera precisa y acorde a cada uno de los componentes, los indicadores necesarios para los servicios de Promoción, Prevención y Recuperación (en los componentes en los que se define esta última acción). Sobre todo es importante que a la hora de recolectar, procesar y presentar la información, la misma sea desglosada de manera coherente evitando la suma de acciones que no están relacionadas.
- B. Desarrolle e incorpore indicadores de eficiencia y economía como por ejemplo los costos de cada uno de los componentes; la inversión o transferencia de recursos que se

realiza a cada una de las zonas y/o los sectores; las acciones de capacitación desarrolladas por departamentos; así como las acciones de monitoreo y seguimiento que se realizará a cada uno de los cinco componentes. También es necesario definir indicadores relacionados con articulación y coordinación de acciones con otros actores, sean estos gubernamentales o no gubernamentales por cada uno de los componentes; así como indicadores de género, relacionados con los niveles de cobertura, atención y tratamiento que recibe la población, diferenciada por sexo.

- C. Se deben desarrollar acciones orientadas a un mejor nivel de intervención en el ámbito de la educación para la salud, dado que en buena medida, el control de vectores está supeditado a un mecanismo CAP (Conocimiento-Actitudes y Prácticas) es importante mejorar la relación con la Dirección de Promoción de la Salud, así como con el Ministerio de Educación y otras entidades educativas.
- D. Revise y estructure los Planes Operativos Anuales siguiendo de manera adecuada los mapas de riesgo y los comportamientos históricos mostrados por los vectores a nivel de los departamentos. Realice el esfuerzo de vincular de manera más precisa las metas programadas en función de los resultados que pretende alcanzar.
- E. Revise y analice de manera más precisa la distribución de los recursos humanos asignados a las tareas de los componentes, en función que hoy en día hay componentes que en ciertas zonas endémicas no cuentan con los recursos necesarios para hacer frente a las actividades relacionadas con el control de algunos de los vectores. De la misma manera, revise y actualice los criterios institucionales de focalización de acciones.
- F. Estructure de manera precisa y por componente, los procesos de trabajo a realizar con las Unidades de Salud de la Familia a nivel departamental y los resultados esperados en las actividades de promoción y prevención en salud.

II. ANTECEDENTES DEL SUBPROGRAMA

2.1. Descripción General del Subprograma

El sub-programa Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitida por Vectores es implementado por el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo –SENEPA-. Es un sub-programa del Programa Vigilancia Sanitaria que pertenece al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Se implementa a través de 5 componentes: Sub-programa Nacional de Control Vectorial del Dengue, Sub-programa Nacional de Control del Paludismo, Sub-programa Nacional de Control de las Leishmaniosis, Sub-programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas y Sub-programa de Vigilancia y Control de la Esquistosomiasis.

El sub-programa es de cobertura nacional, por lo que es implementado en oficinas permanentes distribuidas en las 18 Regiones Sanitarias del país. Cabe destacar, sin embargo, que la especificidad de los vectores determina que ciertas acciones se prioricen en su implementación en algunas regiones y no en otras.

El SENEPA es una entidad que fue creada por *Ley N° 458 del 12 de septiembre de 1957*¹³ con el objetivo primario de llevar adelante el Plan de Erradicación de la Malaria o Paludismo. Por resolución *S.G. N° 120 del 30 de noviembre de 1977*, se introducen bajo la responsabilidad del SENEPA otros Programas de enfermedades transmitidas por vectores: Chagas, Dengue, Leishmaniosis, Fiebre Amarilla y Esquistosomiasis¹⁴. Actualmente se encuentra bajo la dependencia técnica de la Dirección General de Vigilancia de la Salud y administrativamente está en dependencia directa del Vice Ministerio de Salud.

En el proceso de elaboración de la descripción General del Programa, no se encontró información específica que haga referencia a las relaciones de género. Sólo en el Programa de Chagas se plantean acciones específicas para la interrupción de la transmisión congénita/transplacentaria de las mujeres embarazadas seroprevalentes, pero son actividades cuya implementación se corresponde desarrollar a la Red de Servicios de Salud y no al SENEPA.

¹³ www.senepa.gov.py, La institución, Consultado el 03 de febrero del 2012.

¹⁴ Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo *Ficha de Antecedentes del Programa para la Preparación del Marco Lógico de SENEPA*. SENEPA, Taller de Elaboración del Marco Lógico y Construcción de Indicadores de Desempeño, Organizado por la Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Asunción, 22, 23 de Noviembre, 2011.

2.2. Objetivos del Programa a nivel de fin y propósito

En la actualidad el fin y el propósito del Sub/programa son los siguientes:

Fin del Sub/Programa: Contribuir a mejorar la Calidad de vida de la población paraguaya.

Propósito del Sub/Programa: Reducción y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores.

Objetivo General: Desarrollar acciones conducentes a vigilar, prevenir y controlar las Enfermedades Trasmitidas por Vectores, a manera de impedir que la población enferme, y si en tal caso aconteciese, rehabilitar a los mismos de modo a que disminuya el impacto socio económico en la población¹⁵.

En el objetivo general del Programa, no se explicitan aspectos relacionados con el cambio en situaciones de desigualdad de género. Tampoco los cinco sub/programas que integran SENEPA, mencionan en sus objetivos cambios en esta línea.

2.3. Justificación del Programa

Las características que presenta el Paraguay al ser un país en vías de desarrollo, los factores ambientales que propician la proliferación de vectores, y el crecimiento del flujo migratorio entre países, son algunos de los principales factores que hacen que las epidemias se transmitan de un lugar a otro en cuestión de horas o días. De esa cuenta, la proliferación de vectores y las enfermedades transmitidas por éstos han sido un tema de preocupación constante en el país desde mediados de la década de los años 1950s.

El SENEPA fue creado en el año 1957 con los objetivos de: a) “dirigir la lucha contra el paludismo, en el territorio nacional, hasta su total eliminación; y b) investigar, planear, organizar y ejecutar coordinadamente las actividades necesarias para lograr su objetivo”¹⁶. Para dicho año se reportaron un total de 1.457 casos de paludismo, de los cuales 15 personas fallecieron. Entre los años 1966 y 1968 se dieron un total de 104.073 casos, de los cuales 86 personas fallecieron¹⁷. Durante los años setenta se mantuvo un promedio de 290 casos por año. Para la década de los años ochenta el número de personas que enfermaron por malaria se incrementó de nuevo alcanzando 21.651 enfermos, de estos solamente una persona falleció. Durante la década de los años noventa un total de 22.342 personas enfermaron, aunque el período epidémico se produjo en el año 1999 con 9.946 casos. Del año 2000 al año 2007 se reportaron 16.964 casos positivos.

Es decir, durante todo este tiempo, la malaria no sólo había provocaba serios problemas de salubridad, sino también tenía un impacto en la vida económica del país, al producir ausencias al trabajo o a la escuela por motivos de enfermedad.

¹⁵ Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo *Ficha de Antecedentes del Programa para la Preparación del Marco Lógico de SENEPA*. SENEPA, Taller de Elaboración del Marco Lógico y Construcción de Indicadores de Desempeño, Organizado por la Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Asunción, 22, 23 de Noviembre, 2011.

¹⁶ Gobierno de la República del Paraguay. Ley N° 458 del 12 de septiembre de 1957.

¹⁷ Los datos fueron proporcionados por el Departamento de Gestión de Datos Epidemiológicos. Febrero 2012.

Para los años 1988 y 1989, se da la primera epidemia de dengue, con una magnitud considerable al provocar un total de 41.990 casos en todo el territorio. Se considera que desde esa fecha el dengue se ha hecho endémico, con variaciones en algunos años en los cuales se vuelve epidémico.

Así en el año 2000 se registraron 24.282 casos de dengue. Para los años 2008 – 2009 se da una epidemia que se inició en el mes de diciembre. Setenta y tres distritos fueron afectados por la transmisión de virus, lo que representó el 32 por ciento de distritos del país. Hasta la semana epidemiológica número 49 del año 2009 se reportaron un total de 21.945 notificaciones con 13.768 casos confirmados. Para el año 2011 se notificaron 53.224 casos de *síndrome febril agudo* con sospecha de dengue, de los cuales fueron confirmados 41.792 casos por criterio epidemiológico y/o pruebas de laboratorio, registrándose un total de 62 fallecidos¹⁸.

El aparecimiento de enfermedades transmitidas por vectores, como el Chagas, la Leishmaniosis, la Fiebre Amarilla, el Dengue y la Esquistosomiasis¹⁹, hizo que en el año 1977, bajo resolución *S.G. N° 120 del 30 de noviembre de 1977*, se introduzcan, bajo la responsabilidad del SENEPA, otros Programas para el control de estos vectores. Con el trabajo de SENEPA se esperaba “desarrollar acciones conducentes a vigilar, prevenir y controlar las Enfermedades Trasmitidas por Vectores, de manera a impedir que la población enferme, y si en tal caso aconteciese, rehabilitar a los mismos de modo a que disminuya el impacto socio económico en la población”²⁰.

En el caso de Leishmaniosis Tegumentaria en el período que va del año 2000 al 2007 se presentaron un total de 5.814 casos; siendo el año 2003 cuando se presentó un número mayor de casos correspondiente a 1.148 caso. En cuanto a Leishmaniosis Visceral en el período 2000 al 2007 se presentaron un total de 196 casos, siendo el año 2007 cuando se presentó un mayor número de casos con 70 casos.

En los últimos años, las enfermedades transmitidas por vectores volvieron a tener una relevancia fundamental en diversos países en desarrollo. Las epidemias ocasionadas por el Dengue, la Malaria, la Fiebre Amarilla, son algunas de las enfermedades trasmitidas por vectores que ocupan y preocupan de nuevo al personal sanitario.

Teniendo en cuenta el problema central existen ciertas situaciones que lo predisponen al mismo, como:

- Inadecuado sistema de recolección de residuos
- Insuficientes vertederos y sistemas de disposición final de basuras
- Escaso involucramiento ciudadano a la problemática ambiental
- Bajo nivel de notificación por parte de Servicios de Salud

¹⁸ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo, SENEPA. Departamento de Gestión de Datos Epidemiológicos. Datos proporcionados al equipo evaluador en marzo 2012.

¹⁹ Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo *Ficha de Antecedentes del Programa para la Preparación del Marco Lógico de SENEPA*. SENEPA, Taller de Elaboración del Marco Lógico y Construcción de Indicadores de Desempeño, Organizado por la Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Asunción, 22, 23 de Noviembre, 2011.

²⁰ Ibid.

- Flujo migratorio de la población afectada.

Si bien las municipalidades, a partir de la nueva Ley Orgánica Municipal del 2010 tienen bajo su responsabilidad “la regulación y prestación de servicios de aseo, de recolección, disposición y tratamiento de residuos del municipio”²¹, en la práctica son muy pocas las municipalidades que tienen una estructura institucional formal para el manejo de los residuos sólidos y la disposición final de basuras. De acuerdo a la encuesta integrada de hogares 2000-2001 de la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, en el Paraguay de cada 100 hogares que existen en el país 49 queman sus basuras, 31 recurren a la recolección pública, 7 recurren a la recolección privada, 7 arrojan los desechos en un hoyo, 2 tiran sus basuras en el patio, 2 arrojan sus desechos en una zanja, 2 arrojan los desechos en la chacra. Adicionalmente, los resultados del Censo nacional 2002, reconocían que la recolección de basura había aumentado significativamente pasando de 7,9% en el año 1972 a 33,6% en el año 2002, dichos resultados seguían mostrando un serio déficit a nivel nacional, a la par de que dichas servicios se dan fundamentalmente en las áreas urbanas²².

Existen posibles causas y efectos del problema central identificado que justifican la existencia del Sub-Programa como son²³:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • La situación ambiental • La inconciencia ciudadana • La mala disposición final de residuos • Las viviendas precarias y descuidadas • Las barreras culturales • La construcción de represas • La migración | → Podría producir brotes.
→ Podría tener el efecto de epidemias.
→ Podría generar mayor morbilidad y/o mortalidad.
→ Cuentan con el efecto de mayor demanda a los servicios de salud.
→ Producen a su vez pérdidas económicas, sociales y particulares (ausentismo), así como el aumento de los índices de infestación.
→ Pueden introducir la enfermedad
→ Provoca la diseminación de enfermedades. |
|--|--|

Para la identificación de problemas en el campo de la salud pública generalmente participan epidemiólogos/as y expertos/as, los que se basan en datos estadísticos que revelan el estado

²¹ Gobierno de la República del Paraguay. Congreso de la Nación Paraguaya. Ley Mp- 3.966/2010. Ley Orgánica Municipal. Febrero del 2010.

²² Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Paraguay: Resultados Finales Censo Nacional de Población y Vivienda. Año 2002. Asunción, Paraguay, 2002.

²³ Ministerio de Hacienda- Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo **Taller de Elaboración del Marco Lógico y Construcción de Indicadores de Desempeño**, Organizado por la Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Asunción, 22, 23 de Noviembre, 2011.

epidemiológico de las enfermedades transmitidas por vectores. En las memorias y/o informes de resultados de las acciones de SENEPA no se realiza un análisis diferenciado de la forma en que hombres y mujeres se encuentran expuestos y viven el problema de las enfermedades transmitidas por vectores. En la memoria del año 2011, se indica que “el nivel de incidencia de la enfermedad en hombres y mujeres, puede estar relacionada a los hábitos diferenciados entre los sexos lo que podría incidir en la exposición a los vectores de parte de ambos”²⁴.

En los antecedentes del Programas y los cinco subprogramas no se han identificados roles de género entre hombres y mujeres. No se encontró información que dé cuenta de cómo afectan las enfermedades transmitidas por vectores a las actividades productivas y reproductivas de hombres y mujeres.

2.4. Política global y/o sectorial a la que pertenece el Programa

El objetivo estratégico al que se vincula el sub/ Programa ***Control y Vigilancia de Enfermedades Trasmitidas por Vectores*** de SENEPA es desarrollar acciones conducentes a vigilar, prevenir y controlar las Enfermedades Transmitidas por Vectores, de manera de impedir que la población enferme, y si tal caso aconteciese, rehabilitar a los mismos de modo a que disminuya el impacto socio económico en la población.

El lineamiento estratégico de desarrollo al que se vincula el Programa es la Vigilancia y Control de Enfermedades Transmitidas por vectores como queda establecido tanto en su Misión y Visión Institucionales.

La **Misión Institucional** del SENEPA indica: “somos la institución pública normativa y operativa, con cobertura nacional, encargada de la vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población en general”²⁵.

La **Visión Institucional** indica que “El SENEPA es una entidad pública de vanguardia, que goza del reconocimiento nacional e internacional en el control de las enfermedades transmitidas por vectores. Prestamos servicios descentralizados, eficaces, eficientes y oportunos. Contamos con recursos humanos altamente calificados, disciplinados, comprometidos y orgullosos de contribuir con nuestros esfuerzo al bienestar de la población.”

De la misma manera, se relaciona con la Propuesta de Políticas Públicas realizadas al inicio del gobierno del Presidente Fernando Lugo en relación a la salud (“Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad”), y al Plan Estratégico del Ministerio de Salud 2008-2013²⁶.

²⁴ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo-SENEPA- Memoria Institucional 2011. Mimeo. Asunción, Paraguay, enero 2012. 247 pp.

²⁵ Gobierno de la República del Paraguay. Secretaría Técnica de Planificación. Servicio Nacional de Erradicación de Enfermedades transmitidas por Vectores –SENEPA-. **Plan Estratégico Institucional 2008-2013**. Mimeo. Sf. 40 pp.

²⁶ Por Resolución S.G. no. 131/2008, El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social aprobó las “Políticas Públicas para la calidad de vida y salud con equidad 2008-2013”. En dicha resolución se dispone su implementación y ejecución en todo el territorio de la República del Paraguay, y contempla la puesta en marcha de la estrategia de Atención Primaria en Salud, como parte fundante del modelo de salud a desarrollar en el país.

También se relaciona con el Plan Estratégico Económico-Social 2008-2013 (PEES), establecido en septiembre del 2008, el cual define como objetivo principal “el mejorar las condiciones de vida de todos los habitantes del país, sin exclusiones”²⁷; y también con la Propuesta para el desarrollo socio-económico con equidad, igualdad y universalidad. **Paraguay para Todos y Todas.** Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020²⁸, en su eje: Calidad de Vida para todos y todas.

Se vincula en **metas de indiferencia cero** a las principales amenazas a la autonomía de las personas en las enfermedades infecto-parasitarias:

- Morbimortalidad por tuberculosis.
- Enfermedades transmitidas por vectores y roedores:
- Dengue, malaria, chagas, fiebre amarilla, hantavirus, leishmaniosis.
- Exposición a hepatitis, cólera, rabia.

Así también con el III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. 2008-2017, con el aspecto relacionado con la salud integral, sobre todo en sus líneas de acción 2 (difusión), 3 (sensibilización y capacitación), y 6 (Estudios e investigaciones) en lo que se refieren a mejorar el acceso a los servicios de salud, la difusión de información accesible sobre los cuidados de la salud, y las estrategias adecuadas para favorecer una maternidad segura y saludable²⁹.

En el plano de los compromisos internacionales, el Programa se relaciona con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), sobre todo en los Objetivos:

- **OBJETIVO 4:** Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.
- **OBJETIVO 5:** Mejorar la salud materna
- **OBJETIVO 6:** Combatir el VIH SIDA, el paludismo y otras enfermedades como la malaria (Lograr la reducción de la malaria a nivel mundial por encima del 50% al 2015, con una línea de base para el Paraguay del año 1999, con 9.946 casos).
- **OBJETIVO 7:** Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Dicha vinculación se da en tanto se persigue reducir los índices de mortalidad ocasionadas por las enfermedades producidas por los vectores, que en este caso se encuentran bajo el control de SENEPA y que pueden ocasionar la muerte si no son atendidas a tiempo. También tienen vinculación con la protección de la maternidad segura, sobre todo en lo

²⁷ Gobierno de la República del Paraguay. Equipo Económico Nacional. **Plan Estratégico Económico y Social –PEES- 2008 2013.** Propuestas para un crecimiento económico con inclusión social en Paraguay. Paraguay, 2008. Pp.138.

²⁸ Gobierno de la República del Paraguay. Presidencia de la República. Gabinete Social. Propuesta para el desarrollo socio-económico con equidad, igualdad y universalidad. **Paraguay para Todos y Todas.** Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2010. 1era. Edición. 2010. 128 pp.

²⁹ UNFPA-Secretaría de la Mujer. III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. 2008-2017, Asunción, Junio 2008. 67 pp.

relacionado con el control prenatal y el Chagas congénito. Así como la reducción de los casos de malaria, y el trabajo en dirección de un medio ambiente sano.

En el ámbito de las políticas de salud a nivel internacional, el ***Subprograma Nacional de Control Vectorial del Dengue – PNCVD*** – ha demandado que ante la intensa actividad que ha tenido el Dengue durante el primer trimestre de 2011, en varios países del hemisferio sur de la Región de las Américas se ha hecho necesaria la pronta implementación de planes de control locales y nacionales, remarcando la importancia de la **Estrategia de Gestión Integrada** para la prevención y control de dengue (EGI- Dengue), propuesta y aprobada por los Ministerios de Salud en la 44° reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en septiembre de 2003 a través de Resolución CD 44.R9.

En la misma se insta a los Estados Miembros a considerar al Dengue como un problema de prioridad nacional y fomentar un cambio en el enfoque del Programa Nacional hacia estrategias integradas, que tengan como base de acción la promoción de la salud³⁰.

Los pilares sobre los que se construye la EGI- Nacional Paraguay son: 1) la atención al paciente o manejo de casos; 2) Vigilancia Epidemiológica; 3) Vigilancia Entomológica; 4) Laboratorio; 5) Promoción de la Salud; y 6) Saneamiento Ambiental. Hasta la fecha 18 países, de las cuatro sub regiones, han diseñado e implementado sus estrategias, trabajando actualmente por completar los países del Caribe inglés y francés. Se menciona que en esos 18 países se concentra cerca de un 95% la morbilidad a causa del dengue reportado en toda la Región.

En el marco del ***Subprograma Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas – PNCECh***- se estableció el compromiso país en el marco de la iniciativa INCOSUR para el control del *Triatoma infestans*, relacionada a las acciones de control vectorial.

En el ámbito del control de Leishmaniosis y Esquistosomiasis no se encontraron compromisos del país en el ámbito internacional.

2.5. Descripción de bienes y/o servicios (componentes) que entrega el Programa

En la actualidad SENEPA pone en marcha los siguientes subprogramas: Sub-programa Nacional de Control Vectorial del Dengue, Sub-programa Nacional de Control del Paludismo, Sub-programa Nacional de Control de las Leishmaniosis, Sub-programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas y Sub-programa de Vigilancia y Control de la Esquistosomiasis.

Los bienes y servicios que entrega el sub/Programa no incorporan el enfoque de género en la definición de sus componentes, tampoco considera las desigualdades de género.

En cada uno de estos subprogramas se ponen en marcha actividades relacionadas con:

- Prevención
- Promoción
- Recuperación

³⁰ Boletín Informativo Nº 2 de la Unidad de Respuesta a Desastres – UNRD, Paraguay Emergencia Sanitaria –Dengue, 12 abril del 2011.

Los servicios de **Prevención** y **Promoción** se encuentran en el diseño de los 5 sub/Programas y el componente de **Recuperación** se encuentra incluido sólo en los sub/Programas de Leishmaniosis y Malaria. Estos servicios son gratuitos.

El servicio de **Prevención**, incluye las actividades de muestras tomadas y examinadas dentro del marco de la vigilancia (Paludismo, Leishmaniosis y Esquistosomiasis), las viviendas rociadas, las actividades de control oportunas, las investigaciones entomológicas y las intervenciones de vigilancia. En diversas épocas del año también realizan destrucción de criaderos, rociado de casas, etc.

Las capacitaciones sobre el diagnóstico y el tratamiento así como generalidades de las Enfermedades trasmitidas por vectores, además del área de comunicación y distribución de materiales didácticos se encuentran en el componente **Promoción**.

Los casos diagnosticados y tratados o recuperados de Leishmaniosis y Paludismo se incluyen en el servicio de **Recuperación**. En esta línea, las acciones de diagnóstico y tratamiento a pacientes se encuentran en proceso de ser delegadas a los servicios de salud

En el proceso de definición y descripción de las tres actividades que ofrece el programa para cumplir con sus objetivos, no se identifican aspectos específicos y/o precisos que refieran a un enfoque de género.

Cuando alguna comunidad, distrito o departamento se encuentra afectada por una epidemia, el equipo regional de SENEPA moviliza a su personal a fin de hacer frente a la epidemia. Sí la extensión y/o gravedad de la afección es alta, SENEPA puede también movilizar equipos de personas de otras regiones sanitarias para que se sumen al esfuerzo de trabajo.

Los servicios son ofrecidos de manera general para toda la población que requiere de los servicios de control de Vectores.

Dentro de la Estructura Presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Bienestar, el sub/Programa **Control y Vigilancia de Enfermedades Trasmitidas por Vectores** se corresponde a un Subprograma, dentro de un Programa de Acción relacionado con la Vigilancia y Evaluación Epidemiológica³¹.

³¹ Ministerio de Salud Pública y Bienestar social. Dirección de Presupuesto. Departamento de Control y Evaluación Presupuestaria. Informe de Control y Evaluación. Ejercicio Fiscal 2009.

2.6. Procesos de producción de los componentes

SENEPA implementa sus estrategias a través de 5 grandes componentes:

- 1) El sub-programa Nacional de Control del Paludismo
- 2) El sub-programa Nacional de Control Vectorial del Dengue
- 3) El sub-programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas
- 4) El sub-programa Nacional de Control de las Leishmaniosis
- 5) El Sub-programa Nacional de Vigilancia y control de la Esquistosomiasis

En términos generales, con cada uno de dichos componentes SENEPA realiza las siguientes labores en los ámbitos de promoción, prevención y recuperación.

PROMOCIÓN

- a) Charlas educativas en instituciones educativas, comisiones vecinales, grupos organizados, etc.
- b) Entrevistas radiales y televisivas.
- c) Participación en programas televisivos.
- d) Divulgación de información por medios escritos.
- e) Producción de materiales didácticos de uso popular.
- f) Producción de materiales técnicos (de diagnóstico y tratamiento) para uso de personal técnico de Malaria y Leishmaniosis.
- g) Capacitación sobre los vectores.
- h) Capacitación sobre las diversas enfermedades producidas por los vectores.
- i) Estrategias de movilización de actores para actividades de promoción.

PREVENCIÓN

- a) Establecimiento de un Sistema de Vigilancia Vectorial.
- b) Vigilancia comunitaria.
- c) Redes comunitarias de notificación.
- d) Análisis de zonas de riesgo.
- e) Muestreo y análisis de vectores a nivel inter, extra y peri domiciliar.
- f) Caracterización y tipologías de vectores.
- g) Rociado de viviendas.
- h) Bloqueo focal de casos.
- i) Pruebas de efectividad y Bioensayos.
- j) Protocolos.
- k) Estrategias de movilización de actores para destrucción de criaderos de mosquitos.

RECUPERACIÓN

Los casos diagnosticados y tratados o recuperados de Leishmaniosis, Paludismo y Chagas, se incluyen en el servicio de **Recuperación**, aunque éstos deben ser realizados a nivel de los Servicios de Salud.

- Asegurar a todos los casos positivos de Paludismo el esquema de tratamiento radical.
- Seguimiento del funcionamiento de la vigilancia de Chagas congénito, mediante el Control pre-natal en los departamentos de Paraguarí, Cordillera, Concepción, Boquerón y Pte. Hayes.
- Tratamiento del 100% de los casos confirmados de Leishmaniosis Visceral (LV) y por lo menos al 90% de los casos de Leishmaniosis Tegumentaria (LT).

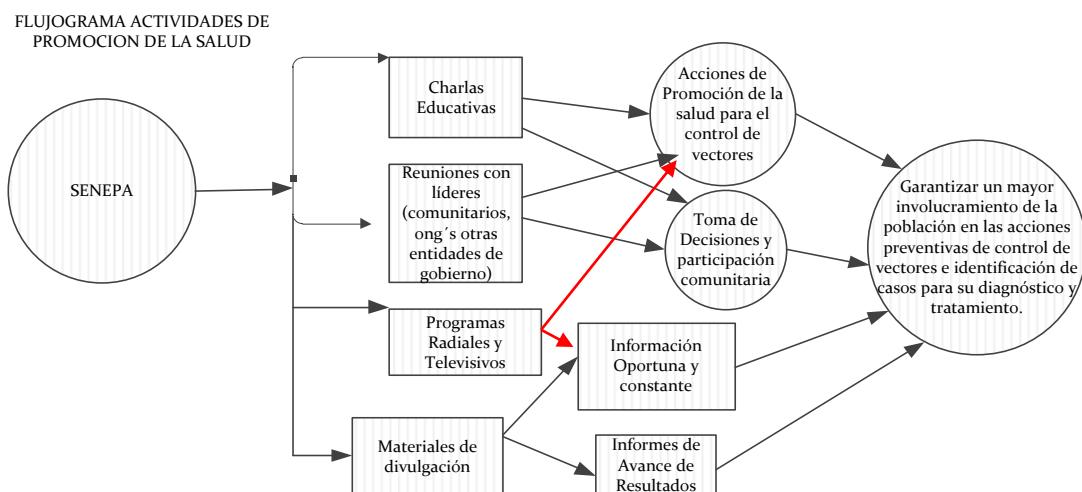
El componente que considera la participación de usuarios/as es el de Prevención, donde la ciudadanía puede participar activamente en el control de vectores, colaborar en la identificación y captación de los grupos de riesgos; así como en la realización de mingas ambientales, y notificación de casos detectados. También en el componente de promoción, la población puede participar activamente en las reuniones comunitarias de planificación y en las de rendición de cuentas; así como en involucrarse activamente como promotor/a voluntario/a en charlas educativas. También pueden actuar como contralores sociales.

2.6.1. Fluogramas con las actividades involucradas

A continuación se presentan los fluogramas de los componentes puestos en marcha por SENEPA. Como puede verse cada una de las intervenciones que realiza SENEPA, según el tipo de vector tiene sus especificidades y quedan claramente reflejados en los gráficos que se presentan de manera subsiguiente.

A. Descripción del fluograma de actividades de promoción de la salud

Gráfica N° 1 Fluograma de Control de Vectores. Actividades de Promoción de la Salud. SENEPA. 2008-2011.



Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por personal directivo de SENEPA, en el marco de la Evaluación del Sub-Programa de Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Asunción, Febrero-marzo 2012.

Según el fluograma de promoción de la Salud, SENEPA, desarrolla sus acciones a través de cinco tipos de actividades: 1. Charlas Educativas; 2. Reuniones con Líderes (de comunidades, Organizaciones No Gubernamentales, y de Organizaciones Gubernamentales, etc.); 3. Programas Radiales y Televisivos; 4. Materiales de divulgación; 5. Capacitación sobre vectores.

A través de las charlas educativas, las reuniones con líderes y los programas radiales y televisivos, la institución busca lograr que la población en general implemente acciones que contribuyan a la prevención y control de vectores.

Las reuniones con los líderes comunitarios, de organizaciones no gubernamentales y gubernamentales, son un medio por el cual se pretende que éstos se sensibilicen y tomen decisiones que contribuyan a lograr la participación comunitaria y de sus instituciones en las acciones para prevención y control de vectores.

Los programas radiales y televisivos contribuyen, además de la divulgación y promoción del tema para lograr la colaboración de la población en el control de vectores, en la generación de información oportuna y constante para la prevención y control de vectores.

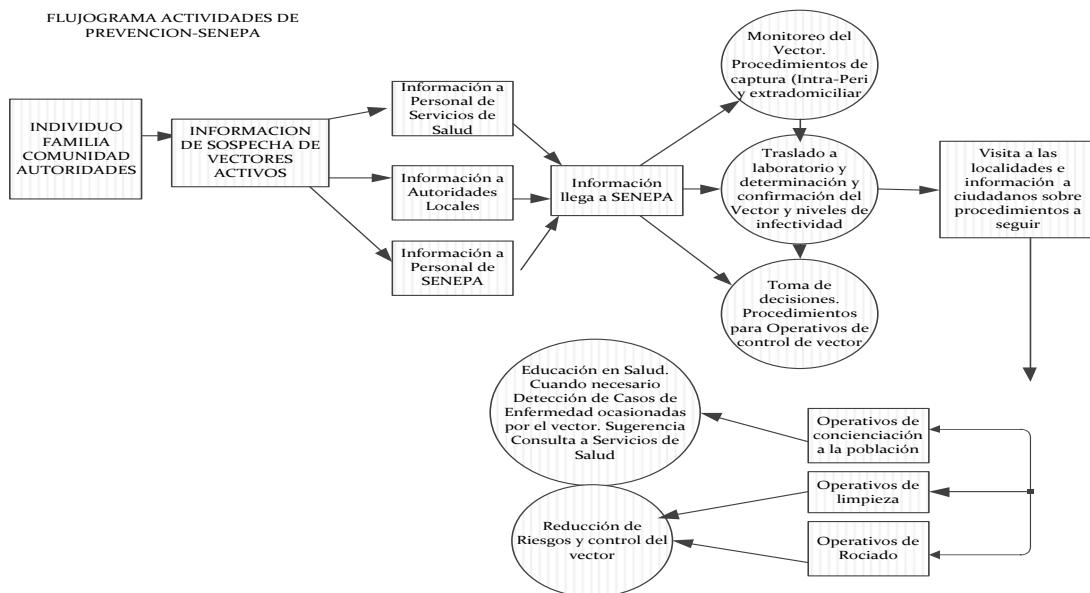
Los materiales de divulgación de información son para uso didáctico y están dirigidos a la población en general, las organizaciones comunitarias y/o locales. Otros materiales son de uso técnico, elaborado para el uso del personal responsable de implementar acciones en el marco de los sub/programas (manuales de normas técnicas, para la identificación de casos, administración de tratamientos, fumigaciones, etc.).

Como parte de las acciones de promoción también se planifican e implementan actividades de capacitación sobre los vectores y las enfermedades que ocasionan, dirigidas a instituciones educativas, comisiones vecinales, autoridades locales y municipales y a funcionarios de otros programas del MSP y BS (ejemplo los de APS).

La realización de los cuatro tipos de actividades de promoción de la salud desarrollados por SENEPA, tienen como fin último garantizar un mayor involucramiento de la población en las acciones preventivas de control de vectores e identificación de casos para su diagnóstico y tratamiento.

B. Descripción del Fluograma de actividades de prevención

En relación a las actividades prevención, el fluograma que se presenta a continuación indica que cuando una persona, una familia, una comunidad o alguna autoridad reporta o informa de la sospecha sobre la presencia de vectores activos, esta información se dirige al personal del servicio de salud de referencia, a las autoridades locales y al personal del SENEPA de la zona.

Gráfica N° 2 Flujograma de Control de Vectores. Actividades de Prevención. SENEPA. 2008-2011.

Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por personal directivo de SENEPA, en el marco de la Evaluación del Sub-Programa de Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Asunción, Febrero-marzo 2012.

Siempre en la gráfica 2, correspondiente a las actividades de prevención, una vez que la información de sospecha de vectores activos es reportada a SENEPA, se realizan al menos tres actividades de prevención: 1) monitoreo del vector y procedimientos de captura intra y peri/ domiciliaria; 2) Traslado al laboratorio del vector capturado para su terminación (caracterización y tipologías), confirmación del vector y de los niveles de infectividad; y 3) Toma de decisiones sobre procedimientos para los operativos del control del vector.

Una vez realizada las actividades antes indicadas, se organiza la visita a las localidades desde las que se notificaron la sospecha de vectores activos y se informa a los ciudadanos en relación a los procedimientos que SENEPA va a desarrollar.

En las localidades notificadas se desarrollan al menos tres procedimientos a seguir: 1) operativos de concientización de la población; 2) Operativos de limpieza (destrucción de criaderos); y 3) operativos de rociado.

Los operativos de concientización de la población permiten la educación en salud a la población; la vigilancia comunitaria para la detección de casos de enfermedades ocasionadas por vectores; y se les sugiere la consulta oportuna a los servicios de salud cuando se presentan síntomas de las enfermedades transmitidas por los vectores. Los operativos de limpieza y rociado permiten reducir el riesgo de transmisión y controlar al vector.

C. Descripción del Flujograma de actividades de prevención del Dengue

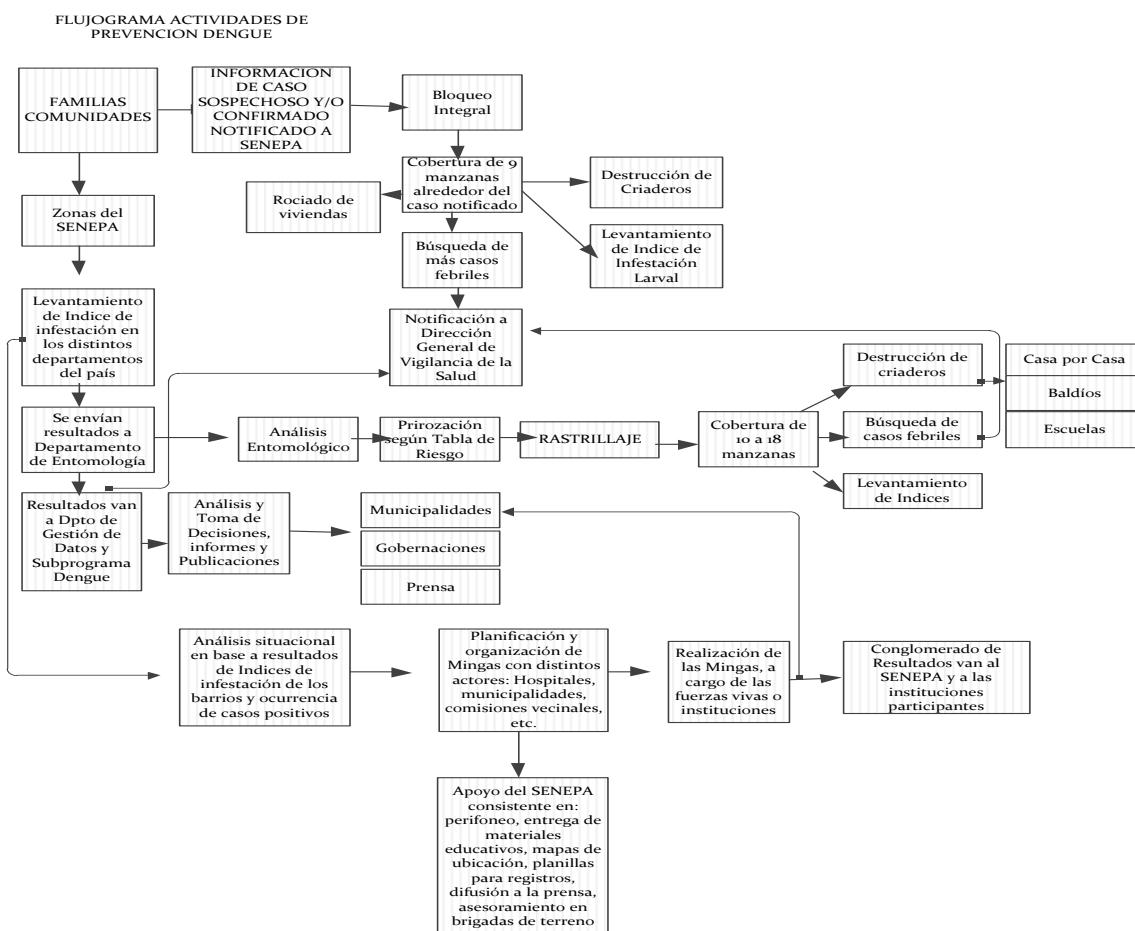
El gráfico siguiente (gráfico # 3) presenta el flujograma de las actividades de Prevención del Dengue, implementadas por SENEPA.

De acuerdo a éste flujograma, cuando en las familias o comunidades se registra un caso de dengue o sospecha de la enfermedad y la misma es reportada ya sea a los servicios de salud,

o directamente a SENEPA, la institución procede a desarrollar acciones de “bloqueo integral” que consiste en la cobertura de 9 manzanas a la redonda del caso notificado, las acciones de bloqueo integral incluye: i) el rociado de viviendas; ii) la destrucción de criaderos; y iii) el levantamiento del índice de infestación larval. En el proceso de bloqueo integral también se realiza la “búsqueda de casos febriles”, cuando se encuentran casos febriles son notificados a la Dirección General de Vigilancia de la Salud.

En sus zonas operativas SENEPA realiza el “levantamiento de infestación larval” en los distintos departamentos del país; como resultado de este levantamiento, se realiza el análisis situacional de los barrios y la ocurrencia de casos positivos. A partir de esto se “planifican las mingas ambientales”, que consiste en el involucramiento de diversos actores de la comunidad y líderes locales con el fin de proceder a la destrucción de criaderos y desarrollo de otros procedimientos de saneamiento ambiental (recolección de basuras, información sobre cómo mantener la vivienda libre de mosquitos, la enfermedad del dengue, etc.). La implementación de las mingas está a cargo de las fuerzas vivas de la sociedad, se realizan principalmente con las municipalidades.

Gráfica N° 3 Flujograma de Actividades de Prevención Dengue. SENEPA. 2008-2011



Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por personal directivo de SENEPA, en el marco de la Evaluación del Sub-Programa de Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Asunción, Febrero-marzo 2012.

El apoyo de SENEPA en la planificación y organización de mingas, consiste en perifoneo, entrega de materiales educativos, mapas de ubicación, planillas para registro, difusión a la prensa y el asesoramiento a las brigadas en el terreno.

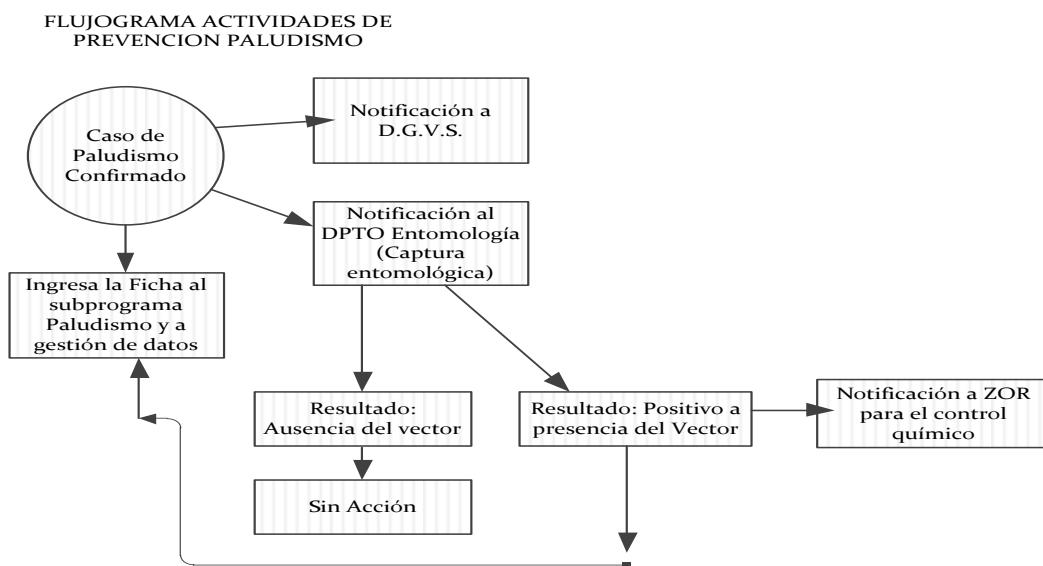
Siempre en el gráfico 3, los resultados del levantamiento de infestación larval son enviados al Departamento de Entomología de SENEPA en donde se realiza el análisis entomológico de los vectores capturados; posteriormente se realizan actividades de rastrillaje con una cobertura de 10 a 18 manzanas. Como parte de esta cobertura se realizan: i) la destrucción de criaderos en escuelas, casa por casa y baldíos; ii) el levantamiento de índices larvarios; y iii) la búsqueda de casos febris, los casos febris encontrados son notificados a la Dirección General de Vigilancia de la Salud.

Finalmente, los resultados del Departamento de Entomología van al Departamento de Gestión de datos, al sub/programa Dengue y a la Dirección General de Vigilancia de la Salud. Esta información es analizada para la toma decisiones, para informes y publicaciones que son compartidos con las municipalidades, las gobernaciones y la prensa en general.

D. Descripción del Flujograma de actividades de prevención en paludismo

El gráfico 4 cuyo flujoGRAMA se describe a continuación indica que cuando se confirma un caso de paludismo se implementan al menos tres acciones a saber: 1) la notificación del caso a la Dirección General de Vigilancia de la Salud; 2) la Notificación al Departamento de Entomología; y 3) el ingreso de la ficha, del caso confirmado, al sub/programa Paludismo y al Departamento de Gestión de Datos.

Gráfica N° 4 Flujograma de Actividades de Prevención Paludismo. 2008-2011



Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por personal directivo de SENEPA, en el marco de la Evaluación del Sub-Programa de Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Asunción, Febrero-marzo 2012.

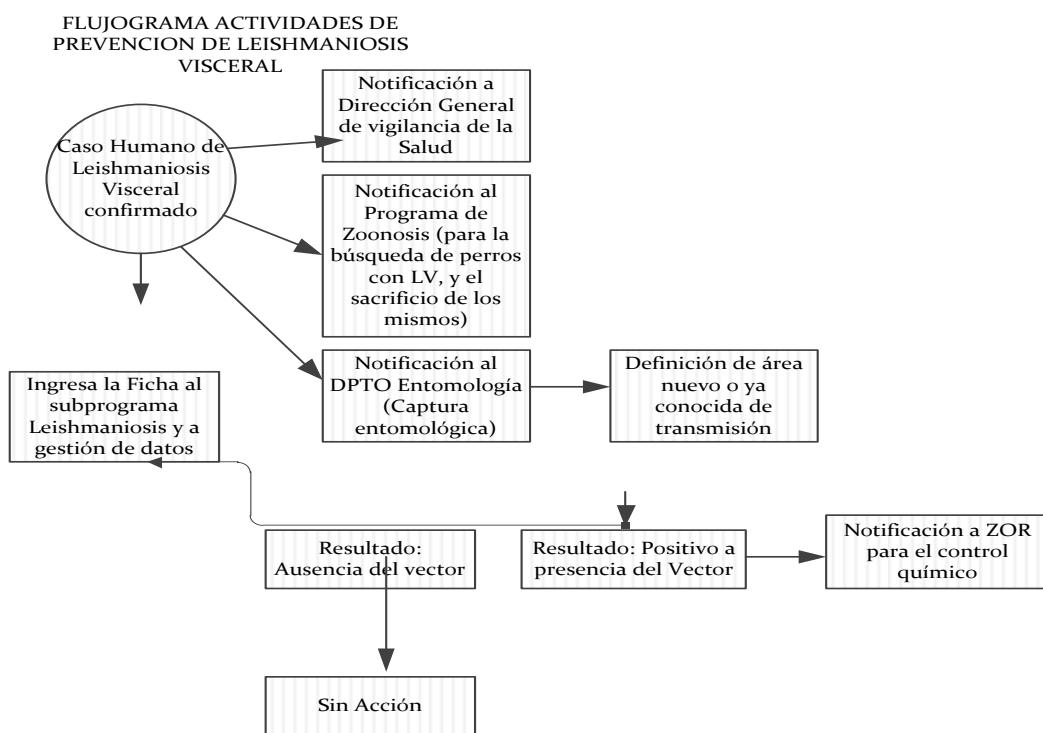
Al realizar la notificación al Departamento de Entomología, se pueden dar dos resultados, uno en el que se confirma la ausencia del vector, lo que no genera ningún tipo de acción; el otro el resultado positivo de la presencia del vector, lo que genera la notificación a ZOR (Zona Operativa Regional) para el control químico.

E. Descripción del Flujograma de actividades de prevención en Leishmaniosis

El flujograma que se describe en el grafico 5, refiere a las actividades de prevención del sub/programa de Leishmaniosis.

Cuando se confirma un caso humano de Leishmaniosis visceral, se realizan acciones orientadas a: i) Notificación a la Dirección General de Vigilancia de la Salud; ii) Notificación al Programa de Zoonosis (para la búsqueda de perros con LV y el sacrificio de los mismos; iii) Notificación al Departamento de Entomología (captura entomológica), para la definición del área nueva o ya conocida de transmisión; y iv) se ingresa la ficha al sub/programa Leishmaniosis y al Departamento de Gestión de Datos

Gráfica N° 5 Flujograma de Actividades de Prevención Leishmaniosis. SENEPA. 2008-2011



Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por personal directivo de SENEPA, en el marco de la Evaluación del Sub-Programa de Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Asunción, Febrero-marzo 2012.

Siempre en el gráfico de referencia, posterior al ingreso de la ficha al sub programa y al Departamento de Gestión de Datos, según el resultado que se obtenga de los estudios laboratoriales y de búsqueda del vector, se definen las acciones a seguir. Cuando el resultado es “ausencia del vector” no se realiza ninguna acción; mientras que si el resultado es positivo o presencia del vector, se realiza la notificación a Zona Operativa Regional (ZOR) para el control químico.

F. Descripción del Flujograma de actividades de prevención en Chagas

Según el flujograma que se presenta más abajo las acciones de prevención del Chagas, son desarrolladas por 1. Colaboradores Voluntarios; 2. Auxiliares de Evaluación de SENEPA; y 3. Otros miembros de la comunidad. Estos actores realizan acciones para la detección de Vinchucas en la comunidad.

El Sistema de Vigilancia Vigilancia Entomológica a nivel del Vector Chagas es Institucional y Comunitario y tiene el objetivo de caracterizar, medir y monitorear la infestación domiciliar del *Triatoma infestans* (*vinchuca*), vector que transmite la enfermedad de Chagas, se realiza la estratificación según áreas de riesgo³².

El sistema tiene tres ejes fundamentales³³:

1. Búsqueda Activa: se realiza tanto a nivel Institucional a través de la *Búsqueda activa* de vectores por parte de los funcionarios del SENEPA

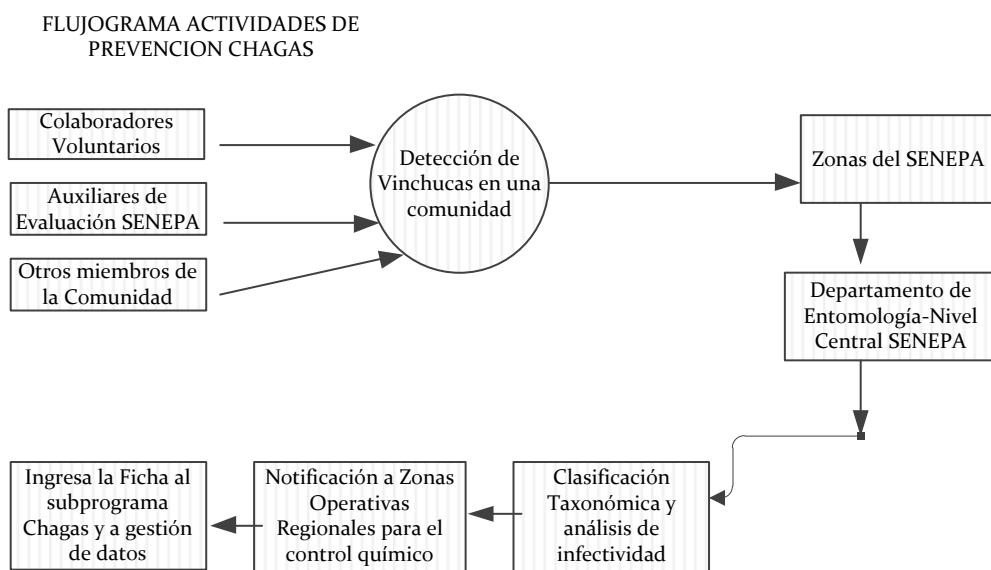
2. Búsqueda Pasiva o de Vigilancia Comunitaria: que consiste en la recepción de denuncias sobre la existencia de Vinchucas en la comunidad y se da a través de personas individuales o líderes comunitarios que trasladan dicha información a SENEPA. La *búsqueda pasiva*, consiste en la vigilancia Comunitaria que contempla como base la canalización de la denuncia del poblador al líder comunitario en Puestos de Notificación, luego al Centro de Denuncias distrital, de donde las zonas de SENEPA retiran las mismas y responden a la denuncia. Las Zonas operativas del SENEPA, visitan los Centros de Denuncias y las supervisiones de educación, recepcionando las denuncias de la comunidad. Posteriormente el caso denunciado es investigado; si no corresponde a un triatomino, se comunica al denunciante, si es triatomino se lleva a cabo el rociado de la vivienda y si es identificado el *Triatoma infestans* pos rociado, se vuelven a rociar las viviendas presentes en un radio de 200 metros.

3. Análisis de los vectores: los ejemplares capturados son analizados por el Dpto. de Entomología, caracterizando, especie, estadío, lugar de captura e infección del triatomino por el *Tripanosoma cruzi*.

Posteriormente a nivel Central se reciben los informes mensuales de la Zonas, en respuestas a denuncias, las actividades de evaluación y de rociado, así como los Informes semanales del dpto. de entomología. Se consolida y analiza la información en tablas, asegurando el proceso de monitoreo y evaluación. Emitiendo informes trimestrales y anuales.

³² SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2010).

³³ SENEPA, Informes Anuales de Gestión (Memorias 2009, 2010 y 2011).

Gráfica N° 6 Flujograma de Actividades de Prevención Chagas. SENEPA. 2008-2011

Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por personal directivo de SENEPA, en el marco de la Evaluación del Sub-Programa de Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Asunción, Febrero-marzo 2012.

Desde las zonas operativas de SENEPA se notifica al Departamento de Entomología a nivel Central de SENEPA, cuando se realiza la detección de vinchucas en una comunidad. Desde el Departamento de Entomología se realiza una clasificación Taxonómica y el análisis de infectividad, para posteriormente notificar a Zonas Operativas Regionales para el control químico del vector. Finalmente se ingresa la ficha del caso al sub/programa Chagas y a Gestión de Datos.

Como una de las actividades de **Prevención** en el control prenatal y Chagas congénito se efectúa de rutina diagnósticos de Chagas en los controles prenatales en servicios de salud de los dos departamentos considerados como zonas endémicas de alto riesgo: Cordillera y Paraguarí. Se realiza tamizaje serológico universal, en cada Servicio Sanitario, y derivan a los laboratorios de la red. Cordillera dispone de 5 laboratorios (Caacupé, Eusebio Ayala, Caraguatay, Arroyos y Esteros y Tobatí), mientras que en Paraguarí se cuenta con 4 laboratorios (Paraguarí, Carapeguá, Quiindy e Ybycuí)³⁴.

Desde el 2010, se realizan en el Dpto. de Boquerón control prenatal y Chagas congénito por lo que se dispone de laboratorio en Mcal. Estigarribia, Neuland, Filadelfia y en Loma Plata. En los niños/as mayores a seis meses de edad, cuyas madres fueron diagnosticadas seropositivas durante el control prenatal, se realizan muestras de sangre³⁵.

Para las pruebas, se utiliza el método de ELISA, los casos positivos son confirmados y derivados al Instituto de investigaciones en ciencias de la salud IICS y/o Laboratorio Central de Salud pública LCSP, por el método de IFI, de manera de contar con certeza en

³⁴ SENEPA, Informes Anuales de Gestión (Memorias 2009, 2010 y 2011).

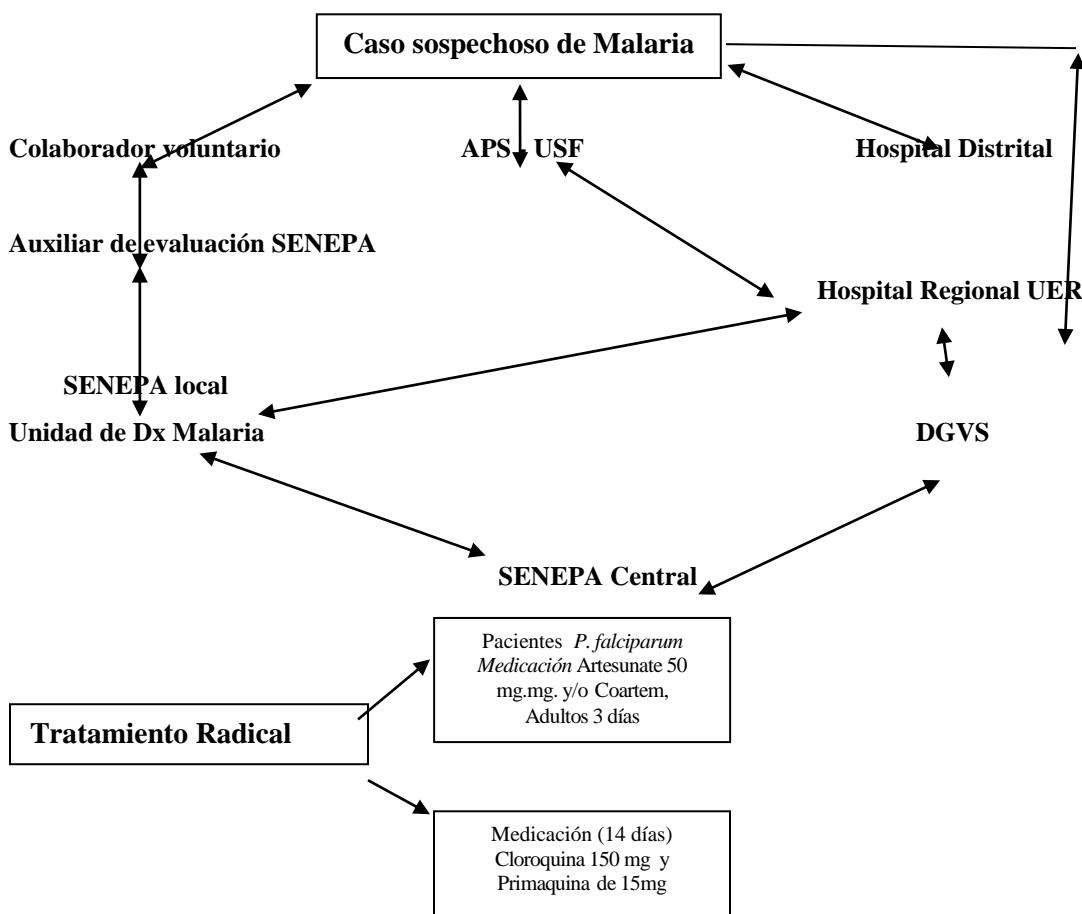
³⁵ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2010).

los resultados, e igualmente se realizan controles post tratamiento. Igualmente se suministran reactivos – Kits de Chagas, para pruebas serológicas y medicamentos para casos de tratamiento de infantes con transmisión congénita confirmada³⁶.

G. Descripción del Flujoograma de actividades de recuperación del sub/programa Paludismo

En el siguiente gráfico se presenta el conjunto de actividades que se desarrollan para la recuperación de pacientes con Paludismo.

Gráfica N° 7 Flujoograma de actividades de Recuperación del Sub-Programa de Paludismo



Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por personal directivo de SENEPA, en el marco de la Evaluación del Sub-Programa de Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Asunción, Febrero-marzo 2012.

Los casos sospechosos de malaria son identificados por el colaborador voluntario; algún auxiliar de evaluación de SENEPA y/o algún funcionario de SENEPA local; también pueden ser captados por en las Unidades de Salud de la Familia, y/o en el Hospital Distrital o Regional.

El caso sospechoso es analizado en la unidad de diagnóstico de malaria y sus resultados reportados a SENEPA Central y a la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS); la DGVS reporta al Hospital Regional para su tratamiento.

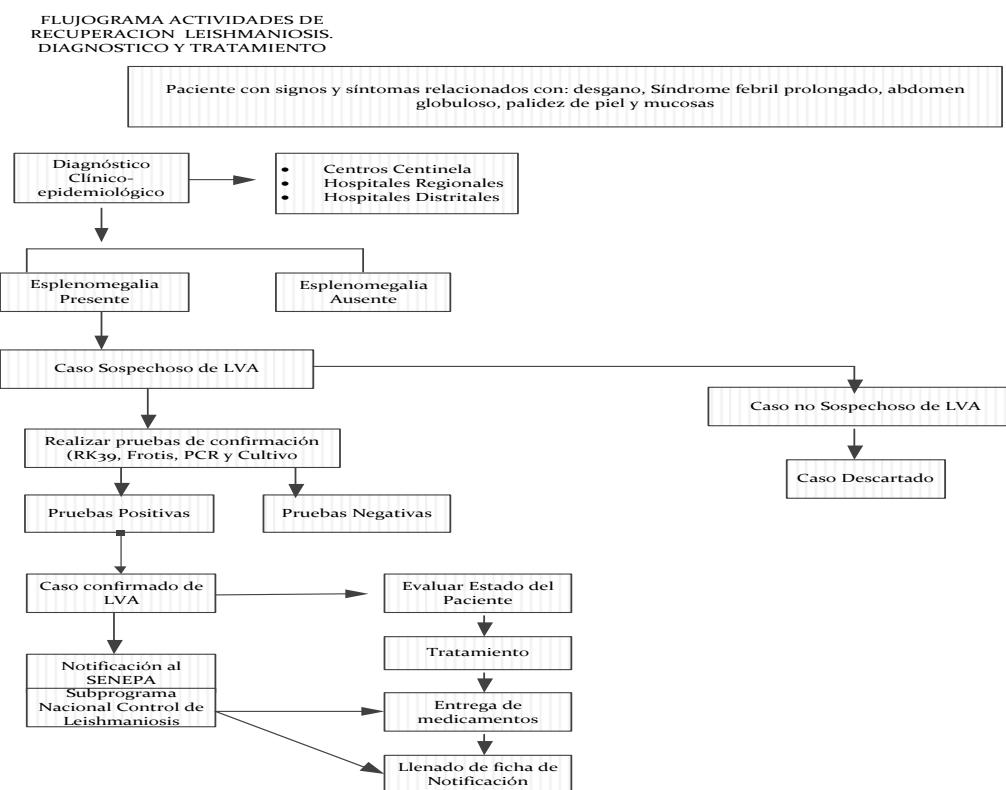
³⁶ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2010).

Una vez confirmado el caso, la persona recibe el tratamiento indicado para la enfermedad.

H. Descripción del Flujograma de actividades de recuperación Leishmaniosis Visceral, sub-programa de Leishmaniosis

Los casos sospechosos de Leishmaniosis visceral, son captados a través de los centros centinelas (que son las diversas instituciones de salud con las cuales la dirección del subprograma nacional de Leishmaniosis ha establecido convenios y capacitaciones con tal fin), los hospitales regionales y/o distritales. Estos casos son sometidos a un diagnóstico clínico epidemiológico.

Gráfica N° 8 Flujograma de actividades de Recuperación Leishmaniosis Visceral. Sub-Programa Leishmaniosis



Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por personal directivo de SENEPA, en el marco de la Evaluación del Sub-Programa de Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Asunción, Febrero-marzo 2012.

Los casos sospechosos pueden presentar o no “esplenomegalia” (aumento del tamaño del bazo). Los casos no confirmados de Leishmaniosis Visceral Americana (LVA) son descartados. A los casos sospechosos de LVA se los somete a pruebas de confirmación a través del estudio laboratorial RK39, frotis, PCR y Cultivo. Al ser los resultados de estas pruebas positivas nos encontramos ante un caso confirmado de LVA; estos casos son evaluados y posteriormente se les inicia el tratamiento.

Los casos confirmados de LVA son notificados a SENEPA, al sub/programa de Leishmaniosis, para que éste les facilite los medicamentos para el tratamiento, así como el llenado de ficha de notificación.

I. Descripción del Flujograma de actividades de recuperación Leishmaniosis Tegumentaria, sub/programa de Leishmaniosis

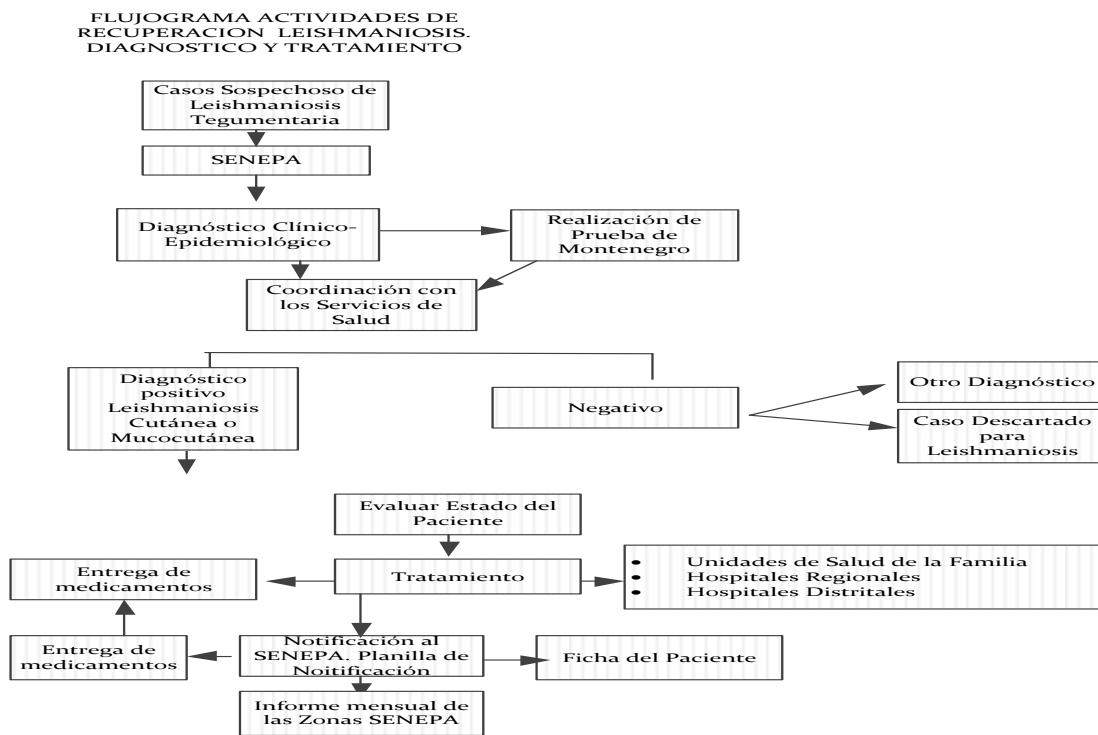
El grafico 9 que se presenta a continuación ilustra el proceso de las actividades de recuperación de los casos de Leishmaniosis Tegumentaria.

El proceso se inicia cuando algún caso sospechoso es reportado a la SENEPA, o a algún establecimiento de la Red de Servicios de Salud, a fin de poder ser estudiado y posteriormente ser diagnosticado. A estos se les realiza la Prueba de Montenegro, en coordinación con los servicios de salud de referencia.

Ante un diagnóstico positivo se evalúa el estado del paciente, para iniciar el tratamiento, que será realizado en las Unidades de Salud de la Familia, el Hospital Regional o Distrital. Se notifica a SENEPA a través de la planilla de notificación.

SENEPA es responsable de elaborar una ficha del paciente y entregarles la medicación. Si el diagnóstico es negativo se realizan otro tipo de estudios a fin de dar con el diagnóstico adecuado de la enfermedad que la persona presenta.

Gráfica N° 9 Flujograma de actividades de Recuperación Leishmaniosis Tegumentaria. Sub-Programa Leishmaniosis



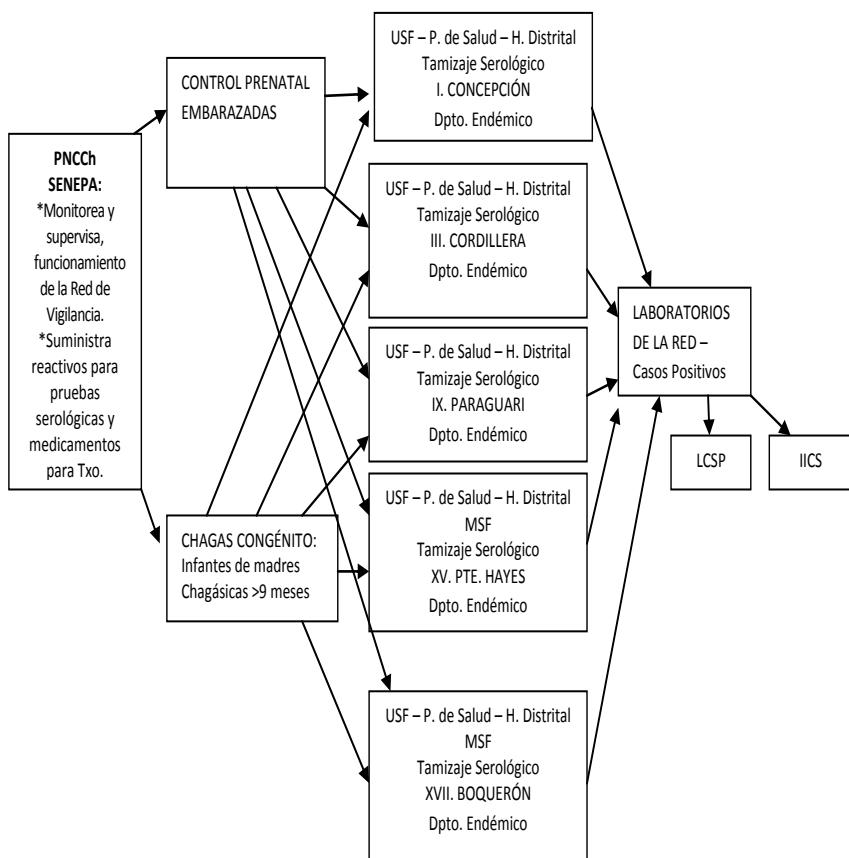
Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por personal directivo de SENEPA, en el marco de la Evaluación del Sub-Programa de Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Asunción, Febrero-marzo 2012.

J. Descripción del Flujograma de actividades de recuperación sub/programa Chagas

El gráfico 10 correspondiente a las actividades de recuperación de Chagas, indica que, desde SENEPA se realizan acciones de monitoreo y supervisión del funcionamiento de la Red de Vigilancia y el subministro de reactivos para pruebas serológicas y medicamentos para el tratamiento de casos diagnosticados.

El control prenatal de embarazadas y el control de Chagas congénito: en infantes mayores de 9 meses, hijos de madres chagásicas se realiza en las USF, en los puestos de salud y en los hospitales distritales, a través del Tamizaje Serológico, principalmente el Departamento endémico de los Departamentos de Concepción, Cordillera, Paraguarí, Presidente Hayes y Boquerón. El diagnóstico se realiza a través de los laboratorios de la Red de Chagas.

Gráfica N° 10 Flujograma de actividades de Recuperación del Programa de Chagas



Fuente: Elaboración propia en base a la **MEMORIA 2011**, Informe de Gestión Anual, Páginas 30 y 31.SENEPA, Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo; Asunción Paraguay, 2011.

Una vez confirmado los resultados son reportados al Laboratorio Central de Salud Pública (LCSP) y al IICS (Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud).

2.6.2. Modalidades de producción de bienes y/o servicios

El modelo de trabajo integrado está basado principalmente en la vigilancia vectorial, la promoción de la salud y la búsqueda de un trabajo de control integral con la colaboración de otros actores sociales tal como fue ya descrito en los diversos flujogramas presentados anteriormente en la sección 6.1.

2.6.3. Funciones Generales de los Equipos de SENEPA

Desde fines del 2011, SENEPA ha venido trabajando en la construcción de un nuevo manual operativo de funciones de los distintos subprogramas, si bien se ha avanzado en algunos borradores de dichos contenidos, el equipo evaluador no ha tenido acceso al avance del manual operativo.

En términos generales, y luego de las entrevistas a directivos de SENEPA y posterior a las visitas de campo, podemos decir que las funciones generales de los equipos que integran el SENEPA incluyen:

- Funcionar como equipos territoriales de acción rápida para la atención y control de vectores en cualquiera de las 18 regiones sanitarias en las que se encuentra dividido el país.
- Identificar grupos, familias e individuos expuestos a riesgos.
- Crear mapas de zonas de riesgo y realizar actualización continua y permanente de dichos informes.
- Realizar acciones de promoción de la salud orientado a la población sobre los vectores y la forma de mantener un ambiente sano;
- Realizar acciones de prevención de la salud, acercándose a las comunidades y poblaciones que lo requieran e interviniendo directamente en la detección, monitoreo y control de los vectores;
- Garantizar la integralidad de la atención mediante la promoción de la salud que incluye actividades preventivas, educativas, curativas, de rehabilitación y de vigilancia de la salud.
- Conformar equipos de vigilancia comunitaria, a fin de dar voces de alerta sobre riesgos para la salud ocasionados por vectores;
- Garantizar la respuesta de equipos de trabajo ante cualquier alerta comunitaria;
- Garantizar el desarrollo de las acciones programáticas en el servicio y en la comunidad.
- Realizar búsqueda activa de vectores que ocasionan enfermedades de notificación obligatoria u otras situaciones de riesgo para la salud colectiva e informar a las instancias correspondientes.

- Planificar y evaluar las acciones del equipo, a partir de la utilización y análisis de datos disponibles.
- Promover la movilización y participación de la Comunidad en la gestión social del territorio.
- Identificar líderes, organizaciones u otros recursos de la Comunidad que puedan potenciar las acciones transectoriales con el equipo.
- Realizar reuniones periódicas del equipo para organizar y planificar el trabajo en equipo, programar y evaluar las acciones al interior de SENEPA y de la comunidad.
- Realizar diversas acciones de coordinación y de movilización con otros actores sociales.
- Brindar informes periódicos a la población y de rendición de cuentas sobre el tipo y formas de accionar de los equipos de SENEPA.
- otras acciones y actividades a ser definidas y que vayan surgiendo de acuerdo a las prioridades locales.

2.6.4. Mecanismos de participación ciudadana

Los equipos regionales, conocidos también como equipos zonales de SENEPA, al igual que el equipo central promueven una amplia participación de la población en las actividades de promoción y de prevención de vectores.

En las actividades de promoción la ciudadanía participa en charlas educativas que brinda el personal de SENEPA sobre los diversos vectores objeto de su trabajo, las medidas para su control, riesgos para la salud, etc. El personal de SENEPA también suele participar en programas radiales o televisivos, y en dichos programas la población participa haciendo llamadas telefónicas para recibir respuestas a las preguntas que formula sobre el accionar de los vectores, o bien las consecuencias de las enfermedades que los mismos producen.

La población también participa activamente en las reuniones comunitarias de planificación, en actividades de rendición de cuentas; así como en activar como promotor/a voluntario/a en charlas educativas. También tienen la posibilidad de actuar como contralores sociales y pueden participar como elementos activos en promover el conocimiento y la divulgación de la información que produce SENEPA y ser parte de las diversas redes de voluntarios que promueve la institución, sobre todo en la red de colaboradores voluntarios para el diagnóstico y tratamiento de Malaria.

Entre las actividades de prevención, en las que la población puede participar se pueden mencionar a las actividades de mingas ambientales, como espacios en los que la población es convocada para participar activamente. Estas mingas ambientales están orientadas a la destrucción de criaderos, así como en la notificación de casos detectados. Este tipo de participación comunitaria es promovida principalmente para la prevención y control de Dengue.

En el ámbito de las acciones de recuperación de salud y/o de urgencias, también suelen participar los miembros de la comunidad, sobre todo en el apoyo logístico para la búsqueda

de vehículo para el traslado de los pacientes; y como vigilantes al garantizar que se realice la atención adecuada de las personas, etc.

2.6.5. Especificación de responsabilidades directas y delegadas a terceros (privados o públicos)

El SENEPA no delega responsabilidades a terceros. Si bien otra serie de actores pueden participar en las actividades de promoción de la salud relacionadas con el control de vectores, tal como se ha visto en el caso de dengue, o lo fue en el pasado en el caso de malaria.

Más recientemente las Unidades de Salud de la Familia (USF) empiezan a jugar un papel más activo en el ámbito de la prevención y la promoción de la salud en temas relacionados con vectores promoviendo charlas y talleres de promoción de la salud, realizando capacitaciones a voluntarios, y promoviendo la participación de la población en mingas ambientales, etc.

También diversos recursos humanos provenientes de las municipalidades de zonas afectadas por el Dengue juegan y han jugado un papel activo en jornadas de prevención y control del vector. Este papel está relacionado sobre todo con la puesta en marcha de mingas ambientales y charlas educativas con el fin de alertar a la población³⁷.

Cuando se ha declarado emergencia nacional, por motivos de Dengue u otro tipo de enfermedades ocasionadas por vectores, SENEPA ha logrado articular acciones inmediatas tanto con la policía como con las fuerzas armadas y otros actores sociales, a fin de poner en marcha procedimientos de destrucción de criaderos y limpieza de patios baldíos. Incluso se puede recurrir a personal de la fiscalía relacionado con delitos contra el ambiente para lograr que en las zonas afectadas la población proceda a limpiar sus viviendas o lotes baldíos a fin de evitar ser sancionados por delitos contra el ambiente.

Las autoridades nacionales y regionales de SENEPA mantienen un trabajo articulado con las autoridades departamentales y municipales, para definir planes de intervención que permitan lograr un ambiente sano³⁸.

2.6.6. Criterios de focalización y mecanismos de selección de beneficiarios del Programa

El trabajo que SENEPA viene realizando alrededor de los 5 vectores específicos a los cuales actualmente atiende, presenta las siguientes características de focalización:

³⁷ Durante las visitas de trabajo de campo para este trabajo (febrero-abril de este año) se pudo constatar que algunas municipalidades como Presidente Franco, Ciudad del Este, Caacupé, Horqueta, Concepción, etc.; habían incluso destinado recursos humanos para que laboraran con el personal de SENEPA, en la destrucción de criaderos de mosquitos. Dicho trabajo fue realizado de manera temporal, con un período de duración que fluctúa entre los 3 y 5 meses. Dicho personal recibía sus honorarios del presupuesto municipal.

³⁸ La nueva Ley Orgánica Municipal establecida en febrero del 2010, le asigna a las municipalidades una serie de tareas en el ámbito de la salud pública y el cuidado del medio ambiente. Por ejemplo, en el artículo 12, numeral 2^a se indica "la construcción, equipamiento, mantenimiento, limpieza y ornato de la infraestructura pública del municipio, incluyendo las calles, avenidas, parques, plazas, balnearios y demás lugares públicos". En el numeral 2^e se le asigna "la regulación y prestación de servicios de aseo, de recolección, disposición y tratamiento de residuos del municipio". Posteriormente en el numeral 7 de dicho artículo se le asignan funciones en materia de salud, higiene y salubridad. En el numeral 7^f se le asignan funciones de "elaboración de planes municipales de salud conforme a las necesidades de la población del municipio, teniendo en cuenta el enfoque de igualdad de oportunidades, de equidad de género, de no discriminación y de diversidad étnica", en "I número 7^h se le asigna "la organización y coordinación de los Consejos Locales de Salud"; en el numeral 7ⁱ: "la participación en la formulación de la política y estrategia nacional, regional y local de salud, y en la fiscalización, monitoreo y evaluación de la ejecución del Plan Nacional de Salud, a través de los Consejos Locales de Salud y de los Comités Ejecutivos Locales"; el numeral 7^j le asigna responsabilidad en la prestación de servicios de salud; y en los numerales 7^k y 7^l se le asignan funciones en "la participación en actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención de enfermedades"; y "la promoción de la educación sanitaria". Ver: Gobierno de la República del Paraguay. Congreso de la Nación. Ley 3.966/2010. Ley Orgánica Municipal. Asunción, Paraguay. Febrero 2010.

En el caso de **DENGUE**, el trabajo se realiza a nivel de todo el país y se ha priorizado por zonas de riegos:

- **Muy alto riesgo 1:** Asunción y Gran Asunción en los meses de febrero, marzo, mayo, junio, agosto, setiembre, noviembre y diciembre.
- **Alto riesgo 2:** En los meses de febrero, marzo, junio, julio, octubre y noviembre. Central (13 Mun.); Zona II: Cnel. Oviedo, Caaguazú; Zona III: Concepción, Horqueta, Yby Yau; Zona IV: Pte. Franco, Ciudad del Este, Hernandarias, Minga Guasú; Zona VI: Villarrica; Zona IX: Encarnación y Ayolas; Zona XI: Pedro Juan Caballero, Bella Vista, Capitán. Bado: Zona XIII: Caacupé, Tobatí y Piribebuy; Zona XIV: Paraguarí, Carapeguá, Yaguarón, Quindy.
- **Mediano riesgo 3:** En los meses de febrero, marzo, setiembre y octubre. Zona V: Curuguaty, Salto del Guaira y Puente Kyjha; Zona VII Norte: San Pedro; Zona VII Sur: Santaní; Zona VIII: Villa Hayes, B. Aceval; Zona X: San Ignacio, San Juan y Pilar; Zona XII: Caazapá y San Juan Nepomuceno. Esta clasificación se hace en función del número de casos de sospechosos reportados, así como por los niveles alcanzados en los índices larvarios.

En el caso de **MALARIA**, si bien hay un control nacional, el trabajo se ha priorizado en las áreas endémicas de los departamentos de: Alto Paraná, Caaguazú y Canindeyú, en ese orden.

En el caso de **LEISHMANIOSIS** los departamentos priorizados son: Central, Paraguarí, Cordillera y Asunción para LVA; y para LTA los departamentos de: Canindeyú (39), San Pedro (36), Concepción (33), Caaguazú (23) y Alto Paraná.

En el caso de **CHAGAS** los departamentos priorizados son: Concepción, Cordillera, Paraguarí, Boquerón y Pte. Hayes); las áreas de **Mediano riesgo**: San Pedro, Guaira, Caazapá, Caaguazú, Misiones; y las áreas de bajo riesgo: Canindeyú, Amambay, Itapuá, Ñeembucú, Alto Paraná, Central y Alto Paraguay.

En el caso de **ESQUISTOSOMIASIS**, en el momento de la evaluación el trabajo se limitaba a la vigilancia epidemiológica del vector en los márgenes de las hidroeléctricas de Itaipú y Yaceretá, en Alto Paraná e Itapúa y en el departamento de Misiones, en el municipio de Ayolas.

2.6.7. Instrumentos y procedimientos diseñados para cada componente del Programa

Para las actividades de Prevención incluye el Sistema de Vigilancia epidemiológica, en el cual tanto los técnicos de SENEPA como una red de voluntarios participan activamente. Se realizan diversos procedimientos de recolección y monitoreo de vectores a través de procedimiento de capturas del vector, sea éste mosquitos, flebótomos, caracoles, etc.

Se construyen mapas de riesgo en función de la presencia o no de los vectores y de los niveles de infectividad de los mismos. Adicionalmente se llevan una serie de formularios de registro en las cuales se van detallando tanto las actividades de prevención, como de detección y envío de muestras de vectores. También se llevan formularios relacionados con análisis de láminas, seguimiento a pacientes, informes sobre rociado a viviendas, etc.

Algunos de los formularios utilizados en el trabajo de SENEPA son los siguientes:

- 1) **Formulario R6.** Para todos los vectores.
- 2) **Formulario SENEPA 34.** Casos de notificación Semanal.
- 3) **Formulario EP19.** Láminas examinadas por mes.
- 4) **Formulario EPI17.** Laminas examinadas por día.
- 5) **Formulario EP26.** Seguimiento a pacientes a nivel de zonas.
- 6) **Formulario EP5.** Informe mensual de zona y seguimiento de tratamiento a pacientes.
- 7) **Formulario EP1.** Informe de colaborador voluntario sobre estudios de gota gruesa.
- 8) **IIL1.** Ficha de registro diario de inspección larval
- 9) **IIL2.** Planilla para levantamiento entomológico rápido para Aedes Aegypti
- 10) **Planilla de investigación epidemiológica** para pacientes con Chagas.
- 11) **Informe semanal** departamento entomología de resultados de Triatominos.
- 12) **Informe mensual** Chagas.
- 13) **Ficha de notificación sobre casos** de Leishmaniosis Visceral Humana.
- 14) **Ficha semanal de casos positivos** de Leishmaniosis Tegumentaria.
- 15) **Base de datos mensual** sobre Leishmaniosis Visceral canina.
- 16) **Informe mensual consolidado de las zonas de trabajo** sobre Esquistosomiasis (estudio de moluscos, análisis de heces, informe de viviendas).

Se producen informes diarios, semanales, mensuales y anuales, los cuales se envían a la Dirección General de Vigilancia de la Salud, a la Dirección General de Bioestadística del Ministerio de Salud, a la Organización Panamericana de la Salud, en el caso de enfermedades de notificación obligatoria; y a la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos a la cual se le envía el anuario de trabajo de la institución.

En el ámbito de las acciones de recuperación de la salud, se cuenta con formularios de registro y de referencia de pacientes hacia los servicios de salud.

2.6.8. Mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago a beneficiarios intermedios o finales

Los Recursos del SENEPA provienen de los Aportes Patronales del Instituto de Previsión Social por lo que sus erogaciones se realizan a través de la Fuente de Financiamiento 30, Recursos Institucionales. A través del Decreto Ley N° 103 del año 1956 se determinó que: a partir del 1º de Enero de 1957 se aumentaban las cuotas patronales, previstas en el Artículo 17 inciso b) del Decreto- Ley 1860 del 10% al 11% de los salarios de sus trabajadores; y que, el Instituto de Previsión Social (IPS) entregará mensualmente el 1% de los salarios abonados como imposición patronal que percibe, al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para sufragar los gastos que demandan las campañas de medicina preventiva. Por otro lado, el Decreto Ley N° 444/67 establece un aporte adicional de medio por ciento (0,50%) a calcularse sobre la cuota patronal aportada al Instituto de Previsión Social, a partir del 1 de Abril de 1967 (el aporte adicional al que se hace referencia será

percibido por el Instituto de Previsión Social que actuará como agente recaudador y transferido mensualmente al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para sufragar los gastos que demandan la campaña de erradicación del paludismo) y con una vigencia de (7) siete años contados desde la fecha de su aplicación. Posteriormente, por Ley 432/73 se establece –nuevamente- el aporte patronal adicional del medio por ciento (0,50%) al Instituto de Previsión Social, destinado a sufragar gastos de la campaña de erradicación del paludismo con una vigencia de (5) cinco años contados desde el 1 de Abril de 1974 hasta el 31 de Marzo de 1979³⁹.

A partir de dicha fecha, cada cierto tiempo una nueva legislación prolonga la vigencia de dicho aporte por cinco años más hasta el día de hoy.

Mensualmente, el Instituto de Previsión Social transfiere los fondos a las cuentas 111 ó 113 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. SENEPA cuenta con un Plan de Caja mensual (basado en el presupuesto aprobado para el año fiscal, y de acuerdo al Plan financiero establecido). Con los rubros asignados en la cuenta 111 se cubren los salarios del personal; y con la cuenta 113 se cubren otros gastos.

Los recursos son transferidos directamente desde el Ministerio de Salud Pública hacia SENEPA. Dentro de SENEPA existe una Unidad Operativa de Contrataciones la cual se encarga de programar y planificar anticipadamente los requerimientos que la institución tendrá durante el año, a partir de los Planes Operativos Anuales preparados previamente por las distintas zonas operativas y las diversas dependencias pertenecientes a SENEPA.

La Unidad Operativa de Contrataciones es la instancia encargada de realizar las licitaciones para la compra de insumos, medicamentos, combustibles, etc. Posteriormente, y siguiendo los requerimientos realizados previamente por las zonas operativas y/o las dependencias de SENEPA, es desde el nivel central desde donde se asignan los recursos.

Los jefes zonales y/o jefes de dependencias retiran desde el nivel Central los insumos según requerimientos y necesidades. Desde las 18 zonas o regiones sanitarias, según lo programado para el año y según los requerimientos (sí hay presencia activa o no de los vectores en la región; sí se presenta una situación epidémica, o sí hubo un brote específico, etc.), se retiran los insumos respectivos de manera mensual o trimestral. Una vez dispuestos los recursos materiales e insumos a nivel de las regiones sanitarias éstos se distribuyen a los sectores, nuevamente siguiendo la lógica de las necesidades y las especificaciones del tipo de vectores que deberán ser combatidos y controlados en las zonas. Son los jefes de sector los que hacen sus requerimientos a sus jefes de zona. Los Jefes de Zona hacen sus requerimientos a nivel central, a la Dirección de Zonas Operativas, y es ésta la que se encarga de entregar las provisiones necesarias a las respectivas regiones. En el caso de epidemias ocasionadas por alguno de los vectores (en los últimos años, las epidemias han estado más relacionadas con el Dengue); los requerimientos suelen ser más frecuentes en tanto que el stock de insumos puede agotarse en un plazo más corto.

Únicamente en el caso de combustible se envían vales mensuales hacia los equipos zonales. De esa cuenta, son las zonas que presentan niveles de actividad mayores de los vectores y/o brotes epidémicos los que reciben una mayor cantidad de recursos. Así han sido las

³⁹ Gobierno de la República del Paraguay. Secretaría Técnica de Planificación. Servicio Nacional de Erradicación de Enfermedades transmitidas por Vectores –SENEPA-.Plan Estratégico Institucional 2008-2013. Mimeo. Sf. 40 pp.

Regiones de Asunción, Central y Alto Paraná los que han recibido una mayor cantidad de insumos en el caso del combate al Dengue. En el caso de Malaria han sido los departamentos de Alto Paraná, Caaguazú y Canindeyú los que han recibido un mayor número de insumos. En el caso de Leishmaniosis Visceral son las regiones sanitarias de Central, Paraguarí, Caaguazú, San Pedro, Cordillera, Itapúa y Alto Paraná los que reciben un mayor número de insumos. En el caso de Leishmaniosis Tegumentaria son las regiones sanitarias de Concepción y Canindeyú las que reciben un mayor número de insumos. Finalmente, en el caso de Esquistosomiasis, al estar la vigilancia de dicho vector mayormente concentrada en los departamentos de Itapúa y Alto Paraná, son estos los que reciben un mayor número de insumos para dicha vigilancia.

No se hace transferencia de recursos ni modalidades de pago hacia terceros.

2.6.9. Mecanismos diseñados para recuperación de gastos total o parcial y aportes a terceros

En este punto destaca la **gratuidad de los servicios de salud**, implementado progresivamente y mediante Resoluciones Ministeriales, como respuesta a un elevado gasto de bolsillo en salud de numerosas familias paraguayas⁴⁰.

SENEPA no realiza ninguna labor de recuperación de gastos, en tanto que los recursos para su financiamiento provienen de los aportes que los trabajadores realizan al Instituto de Previsión Social, que es de donde proviene mayoritariamente el financiamiento de SENEPA.

La siguiente tabla muestra los ingresos obtenidos por el Ministerio de Salud Pública por transferencias realizadas por el Instituto de Previsión Social durante los últimos 4 años.

⁴⁰ El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social fue implementando de manera progresiva la gratuidad de los servicios de Salud como respuesta a un elevado gasto de bolsillo en salud de numerosas familias paraguayas. Es así que en el año 2009, se estableció el acceso gratuito a los servicios para el tratamiento de las Lesiones Precursoras de Cáncer de Cuello Uterino y de Mamas, como la crioterapia, conización del cuello uterino, escisión electroquirúrgica por asa, mamografía y biopsia de mamas (Resolución S.G. 512 del 21/07/09). En el área de salud bucodental (Resolución S.G. 568 del 11/08/09), se dispuso la gratuidad de las consultas odontológicas y procedimientos tales como extracciones, inactivaciones, obturaciones, periodoncia, radiografías y urgencias; así también el tratamiento gratuito de las malformaciones congénitas de boca y paladar (labio leporino y fisura palatina). A comienzos de setiembre de 2009, se amplió la exoneración de pagos para salud ocular en relación a las consultas, estudios auxiliares de diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico (Resolución S.G. 632 del 02-09-09). Finalmente, la exoneración de aranceles para todas las prestaciones médicas, odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos y servicios de ambulancia ofrecidos en todos los hospitales, centros y puestos de salud, unidades de salud de la familia y otras dependencias de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Resolución S.G. 1074 del 21-12-09).

Tabla N° 1 Depósitos efectuados por el Instituto de Previsión Social a favor del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Ley 1429 (1% aporte patronal) y Ley 2311/03 (0.5% aporte patronal). Años 2008-2011

Año	Ley 1429 1% aporte patronal			Ley 2311 0,5% aporte patronal			Monto total ambos aportes
	Monto Capital	Monto Interior	Monto Total	Monto Capital	Monto Interior	Monto Total	
2008	51.627.892.856	8.229.154.852	59.957.047.708	25.813.946.431	4.114.577.426	29.928.523.857	89.885.571.565
2009	60.090.888.678	8.334.508.981	68.425.397.569	29.640.444.337	4.167.254.491	33.807.698.828	102.233.096.397
2010	69.560.913.781	10.950.893.898	80.511.807.679	34.780.456.889	5.475.446.950	40.255.903.839	120.767.711.518
2011	78.504.852.387	20.577.820.206	99.082.672.593	39.252.426.189	10.288.910.102	49.541.336.291	148.624.008.884

Fuente: Departamento de Ingresos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Junio 2012.

Como podemos ver en la tabla anterior, los ingresos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social producto de los aportes que realiza el Instituto de Previsión Social, en función de las Leyes 1429 y 2311, que tienen relación con el apoyo directo al trabajo de SENEPA muestran un crecimiento importante en los últimos 4 años, pasando de G. 89.885.571.565 en el año 2008 a G. 148.624.008.884 en el año 2012, lo que significó un crecimiento en un 65.3%. Estos recursos que provienen de los aportes de los asociados a la Seguridad Social son los que sostienen el trabajo de SENEPA.

2.7. Caracterización y cuantificación de población potencial

SENEPA define y cuantifica a la población potencial de sus servicios, siguiendo una estrategia epidemiológica basada en mapas de riesgo de enfermedad producto de la existencia o ausencia de vectores⁴¹.

De esa cuenta, en el caso de dengue, la población potencial serían las los 6.340.641 habitantes estimados para el año 2009⁴², dado que la enfermedad se ha presentado con características epidémicas en diversos años en todos los departamentos del país.

En el caso de Malaria la población potencial es la población rural de los Departamentos de Alto Paraná, Caaguazú y Canindeyú, que es donde se ha presentado de manera activa el vector en los últimos años.

En el caso de Leishmaniosis Visceral, SENEPA identifica como la población potencial del subprograma a la población total del país, en tanto que el agente causal se encuentra en un número importante de reservorios caninos; y la actividad del vector se distribuye en todo el país, aunque son las regiones sanitarias de Asunción y Central los sitios en donde se ha una mayor incidencia de la enfermedad en los últimos años.

⁴¹ Información proporcionada por la Lic. Martha Torales, jefa del departamento de Programas. Marzo 2012.

⁴² Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, *Anuario Estadístico del 2009*. Asunción, Paraguay, 2010.

En el caso de Leishmaniosis Tegumentaria la población potencial es la población rural del país, aunque son los departamentos de Concepción y de Canindeyú los que presentan una mayor incidencia de casos.

En el caso de Chagas, SENEPA define a la población potencial como la población de los departamentos de Cordillera, Paraguarí, Concepción, San Pedro, Presidente Hayes y Boquerón en donde hay una presencia activa del vector.

Finalmente, en el caso de Esquistosomiasis es la población de los Departamentos de Itapúa y Alto Paraná, y del municipio de Ayolas, las que son definidas como población potencial, dada la vigilancia que se hace del vector en dichas zonas.

Según el anuario del año 2009⁴³ en relación al total del País de 6.340.641 la población estimada según grupos de edad es la siguiente:

De 0 a 4 años	→ 736.654 (12%)
De 5 a 9 años	→ 721.196 (11%)
De 10 a 14 años	→ 699.394 (11%)
De 15 a 19 años	→ 669.988 (11%)
De 20 a 24 años	→ 624.204 (10%)
De 25 a 29 años	→ 546.966 (9%)
De 30 a 34 años	→ 430.039 (7%)
De 35 a 39 años	→ 357.765 (6%)
De 40 a 44 años	→ 330.724 (5%)
De 45 a 49 años	→ 292.963 (5%)
De 50 a 54 años	→ 252.447 (4%)
De 55 a 59 años	→ 208.366 (3%)
De 60 a 64 años	→ 154.465 (2%)
De 65 a 69 años	→ 115.328 (2%)
De 70 a 74 años	→ 85.801 (1%)
De 75 a 79 años	→ 57.285 (1%)
De 80 y más	→ 57.056 (1%)

Por lo que el 45% aproximadamente de la población paraguaya en el 2009 son menores que 19 años y el 55% de la población, tiene entre 20 años a más de 80 años.

SENEPA ha definido a la población potencial (aquella que presenta el problema), como también su población objetivo (aquella que se tiene planificado atender); en función de la identificación por mapas de riesgo; y en función de ello, se pretende atender a toda la

⁴³ Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. **Encuesta Permanente de Hogares del año 2010**. Asunción, Paraguay, 2010.

población que presenta el problema. De esa cuenta, cualquier persona que vive en las zonas en donde los vectores actúan puede solicitar los servicios de SENEPA; o bien, SENEPA suele actuar de oficio en campañas orientadas al control del vector y/o de estudios de tamizaje de la población que reside en dichos lugares. Esta situación también está determinada por el nivel de agresividad o virulencia del vector. Así mientras que el Dengue suele provocar cuadros febriles agudos, al igual que la Malaria, tanto la Leishmaniosis como el Chagas suelen provocar signos y síntomas que suelen tomar un período un poco más largo para ser detectados. La Esquistosomiasis suele ser también una infección crónica. De esa cuenta, a estas tres últimas enfermedades se les caracteriza como enfermedades silenciosas.

Cuadro N° 1 Población Potencial por Vectores. SENEPA. Marzo 2012.

PROGRAMA	POBLACION POTENCIAL Y OBJETIVO	¿QUÉ INCLUYE?
DENGUE	6.672.631	Total de la población país (proyección de población según censo DGEEC 2002)
MALARIA	578.322	Población rural de los Dpto. Alto Paraná, Caaguazú y Canindeyú
LEISHMANIOSIS VISCERAL	6.672.631	Total de la población país (proyección de población según censo DGEEC 2002)
LEISHMANIOSIS TEGUMENTAR	2.739.716	Total de la población rural del país
ESQUISTOSOMIASIS	617.992	Total de la población de los distritos vulnerables: San Cosme, Cnel. Bogado, Carmen del Paraná, Cambyretá, Ayolas, Mbaracayú, San Alberto, Santa Fé del Paraná, Hernandarias y CDE.
CHAGAS	1.240.570	Población de los Dptos. Cordillera, Paraguarí, Concepción, San Pedro, Pdte. Hayes y Boquerón.

Fuente: Dirección Técnica. SENEPA. Marzo 2012.

El programa no incorpora el enfoque de género en la definición de su población potencial. Los servicios que SENEPA ofrece son para toda la población. SENEPA apoya en control prenatal de mujeres embarazadas en los departamentos endémicos de Chagas. El apoyo consiste en dotación de reactivos a las regiones sanitarias con el fin de diagnosticar y tratar el Chagas congénito.

2.8. Caracterización y cuantificación de población objetivo

El Sub-programa de Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores es implementado a nivel de todo el país, con oficinas permanentes a nivel de las 18 Regiones Sanitarias. Sin embargo (como veremos en el siguiente apartado: Estructura organizacional y mecanismos de coordinación), la distribución de los recursos de SENEPA están definidos por los niveles de actividad y de afección de la población por parte de los vectores. De esa cuenta, se puede describir y cuantificar la población que mayoritariamente presenta las diferentes patologías⁴⁴:

El **Dengue** afecta al sexo femenino considerándose mayor a 56% del total de casos diagnosticados. La franja etaria más frecuente es entre los 20 y 39 años (aunque estos datos varían constantemente de un año a otro).

La **Leishmaniosis Visceral** afecta en mayor proporción al sexo masculino en un 64% de los casos diagnosticados. Las edades más afectadas están entre los 1 a los 4 años y en el período comprendido entre los 20 y 39 años de edad.

La **Leishmaniosis Tegumentaria** predomina también en el sexo masculino, en un 72% de los casos encontrados, un 8% por demás que en la **Leishmaniosis Visceral**. Los casos encontrados mayoritariamente son aquellos comprendidos entre los 50 años en adelante, de zonas rurales predominantemente.

En **Chagas** es el sexo femenino el más afectado, con el 54% del total de casos reportados. La franja etaria más afectada frecuentemente es entre los 20 y 39 años y 40 a 49 años. Tiene presencia fundamentalmente en zonas rurales, predominantemente con condiciones de vivienda muy precaria.

En **el caso de Paludismo**, se observa desde el año 2009, una modificación del patrón de población de riesgo, siendo afectados en su mayoría ciudadanos que se desplazan por actividades relacionadas con la pesca, cultivos varios y demás comercios. La mayoría de los casos se corresponde a población masculina.

El programa no incorpora el enfoque de género en la definición de la población objetivo. Se presenta información en la que se indica si la enfermedad incide más en hombres y/o en mujeres, sin embargo no se realiza un análisis de las razones de por qué las patologías afectan más a unos que a otros. Tampoco se hacen análisis por pertenencia a un determinado estrato socioeconómico.

⁴⁴ Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo **Ficha de Antecedentes del Programa para la Preparación del Marco Lógico de SENEPA**. SENEPA, Taller de Elaboración del Marco Lógico y Construcción de Indicadores de Desempeño, Organizado por la Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Asunción, 22, 23 de Noviembre, 2011.

Cuadro N° 2 Descripción de la población que presenta el problema. SENEPA. Marzo 2012.

PATOLOGÍA	SEXO	FRANJA ETAREA MAS FRECUENTE	NIVEL SOCIO ECONÓMICO MAS AFECTADO	ZONA URBANA O RURAL ⁴⁵
DENGUE	El sexo femenino es el grupo más afectado de esta enfermedad considerándose mayor a 56% del total de diagnosticados (datos DGVS).	Las edades comprendidas entre 20 y 39 años de edad son las más afectadas (datos DGVS).	La enfermedad afecta a los tres grandes grupos Alto, Mediano y Bajo nivel socio económico (datos DGVS).	Urbana y Rural (datos DGVS).
LEISHMANIOSIS VISCERAL	Mayormente el sexo masculino es el más afectado con un 64% del total.	Los grupos más afectados están comprendidos entre los 1 a 4 años y de 20 a 39 años de edad.	Mediano y bajo.	Urbana y Rural a la vez.
LEISHMANIOSIS TEGUMENTARIA	Al igual que en la LV afecta mayoritariamente al sexo masculino en un 72% del total.	Las edades más afectadas son aquellas las que están comprendidas entre 50 años en adelante.	En su mayoría de la ocupación que tiene estos pacientes son el de la agricultura, colocándolos en un nivel socioeconómico bajo.	Rural.
CHAGAS	El sexo femenino es levemente más afectado representando el 54% del total de casos notificados	Las edades más frecuentes afectadas son las comprendidas entre los 20 y 39 años en mayor cantidad y las de 40 a 49 años de edad.	Son en general de muy bajos ya que la mayoría de los notificados son de grupos étnicos.	Rural.
PALUDISMO	Los casos reportados en los últimos años (2011 – 2012) pertenecen al pacientes de sexo masculino	En mayor cantidad las edades comprendidas entre 20 a 39 años.	Mediano y bajo.	Rural (casos autóctonos). Rural y Urbano (casos importados).
ESQUISTOSOMIASIS	No se reportaron casos	No se reportaron casos.	No se reportaron casos.	No se reportaron casos.

Fuente: Datos proporcionados por Dirección de Programas. SENEPA. Marzo 2012

Entre los sectores atendidos por el Programa, se encuentran prácticamente todas las comunidades que potencialmente pueden sufrir el ataque de los vectores, pero

⁴⁵ No se cuenta con datos desagregados a nivel porcentual de la población afectada a nivel de estratos económicos o a nivel de si es población urbana o rural, dado que en el período que contempló la evaluación no se consideraba dicha información en los instrumentos de recolección de la información.

fundamentalmente aquellas áreas donde las enfermedades producidas por los vectores son endémicas.

En el Sub-programa de **Esquistosomiasis** el trabajo se limita actualmente a la vigilancia epidemiológica del vector en los márgenes de las hidroeléctricas de Itaipú y Yacyretá, en las Regiones de Itapúa, Alto Paraná y Canindeyú y en el municipio de Ayolas que corresponde a Misiones.

El subprograma Dengue, actualmente trabaja en todo el país, dadas las condiciones epidémicas del vector.

Las Regiones mayormente afectadas por **Chagas** se encuentran en el departamento de Presidente Hayes (Chaco Central), así como en Concepción, Cordillera y Paraguarí.

La Leishmaniosis abarca fundamentalmente las Regiones de San Pedro, Alto Paraná y Caaguazú. La **Leishmaniosis Visceral** además abarca las Regiones de Asunción, Central, Cordillera, Guairá, Itapúa, Ñeembucú y Paraguarí. La **Leishmaniosis Tegumentaria** se encuentra presente también en Concepción y Canindeyú⁴⁶.

El Programa de **Paludismo** reporta como departamentos más afectados a Alto Paraná, Caaguazú, y Canindeyú⁴⁷.

2.9. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación

En la actualidad la institución cuenta con un equipo de Alta Gerencia conformado por tres personas (Director General; Directora Técnica y Director Administrativo). Este equipo de Alta Gerencia es el responsable de la conducción estratégica de la institución; de manera ordinaria se reúne cada semana, aunque usualmente las reuniones y acuerdos suelen ser en el día a día del quehacer institucional.

Este primer equipo descansa en dos equipos técnicos de alto nivel que son: 1. El equipo de Gerencia Técnica (conformado por 5 personas: Jefa de Programas; Jefa de Entomología; Jefa de Gestión de Datos; Jefa de Movilización Social y Jefe de Zonas Operativas); y 2. Los 5 jefes de cada uno de los componentes. Estos son: la Jefa del Programa Nacional de Control del Paludismo (PNCP); el Jefe del Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue (PNCVD); la Jefa del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas (PNCECH); el Jefe del Programa Nacional de Control de Leishmaniosis (PNCL); y el Jefe del Programa Nacional de Vigilancia y Control de Esquistosomiasis (PNVE).

Tanto el primero como el segundo equipo técnico tienen a su cargo la conducción del trabajo operativo; así como la producción de los mapas de riesgo; la creación de los Planes Operativos; y la producción y manejo de los datos epidemiológicos.

Se da también un nivel de gerencia en el espacio administrativo, conformado por 7 personas, que incluye: la Jefa de Unidad Operativa de Contrataciones (UOC); la Jefa del Departamento de Tesorería; el Jefe del Departamento de Recursos Humanos; la Jefa del Departamento de Infraestructura y Servicios Generales; la Jefa del Departamento de

⁴⁶ *Ficha de Antecedentes del Programa para la Preparación del Marco Lógico de SENEPA*, Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo, SENEPA. Taller de Elaboración del Marco Lógico y Construcción de Indicadores de Desempeño, Organizado por la Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Asunción, 22, 23 de Noviembre, 2012.

⁴⁷ Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo, *Folleto Paludismo*, Programa de Control del Paludismo en Paraguay, SENEPA, , s/ fecha, s/ año.

Contabilidad; la Jefa del Departamento de Presupuesto; y el Encargado del Departamento de Informática.

El SENEPA cuenta con un Organigrama con autonomía técnica y administrativa para ejecutar los Planes de Actividades Anuales y el Plan Operativo Anual (POA) referente a los Programas de Enfermedades Metaxénicas. El SENEPA se rige por un Plan Operativo Anual (POA) que constituye un marco operativo y financiero adaptado al año y/o periodo de ejecución, en la que se consignan las actividades referentes al Programa “Control y Vigilancia de Enfermedades transmitidas por Vectores”.

SENEPA cuenta con la siguiente estructura:

- **18** Zonas Operativas
- **40** Sectores
 - **1** Laboratorio de Referencia Nacional de Entomología
 - **7** Unidades de entomología zonales (Alto Paraná, Canindeyú, Itapúa, Caaguazú, Cordillera, San Pedro Sur y Concepción).
 - **1** Laboratorio de Malaria de Referencia Nacional.
 - **19** Unidades de diagnóstico Zonales distribuidos por todo el país.

Las oficinas regionales de SENEPA se constituyen en la estructura física y funcional con la que se implementa el sub/Programa de Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores. Dependiendo del tipo de vectores y la extensión de la problemática, así es el número de funcionarios que trabajan en cada región sanitaria. En la actualidad, SENEPA cuenta con oficinas regionales en las 18 Regiones Sanitarias en las que está dividido el país.

A nivel Regional, los Jefes de Zona cumplen la función de gerenciar y dirigir el funcionamiento del SENEPA, en función de los componentes que deben implementarse, dependiendo de la presencia y extensión de los vectores existentes en la zona. Cada Jefe de zona establece, siguiendo criterios epidemiológicos y los mapas de riesgo elaborados por la institución, los sectores en los que se dividirá la región sanitaria y el número de recursos humanos y materiales asignados a cada lugar. En cada sector se define de nuevo un responsable, quien será la persona encargada de rendir cuentas del trabajo operativo que se le haya asignado a él/ella o a su equipo.

El personal operativo suele tener reuniones periódicas con el jefe de zona, usualmente los días lunes de cada semana, o diariamente, según la extensión y/o gravedad de alguna epidemia.

Los Jefes de Zona son los responsables de poner en marcha los componentes. Se reúnen de manera periódica con los jefes responsables de cada uno de los subprogramas o componentes. De los Jefes zonales, únicamente una persona es mujer, los restantes diecisiete personas, son varones.

Una característica importante de la institución es que cuenta con personal estable y permanente, que cuenta con muchos años de servicio. Lo que le ha permitido a SENEPA disponer de personal con experiencia y especializado el trabajo, a lo que se debe sumar el compromiso e identificación que tienen con la institución. De esa cuenta, el 43% del personal de SENEPA tiene entre 10 a 20 años de trabajar en la institución; un 2.7% tiene entre 21 a 30 años de trabajo; y un 1.9% tiene más de 31 años de servicio. El 52.5% tiene menos de 10 años de servicio en la institución.

El modelo de trabajo integrado está basado principalmente en la promoción de salud y en una serie de acciones de índole preventiva, que llevan a la población a participar más activamente en la solución de sus problemas de salud, en este caso, la ubicación y el control de los vectores.

En la siguiente gráfica podemos contemplar el organigrama actual de SENEPA.

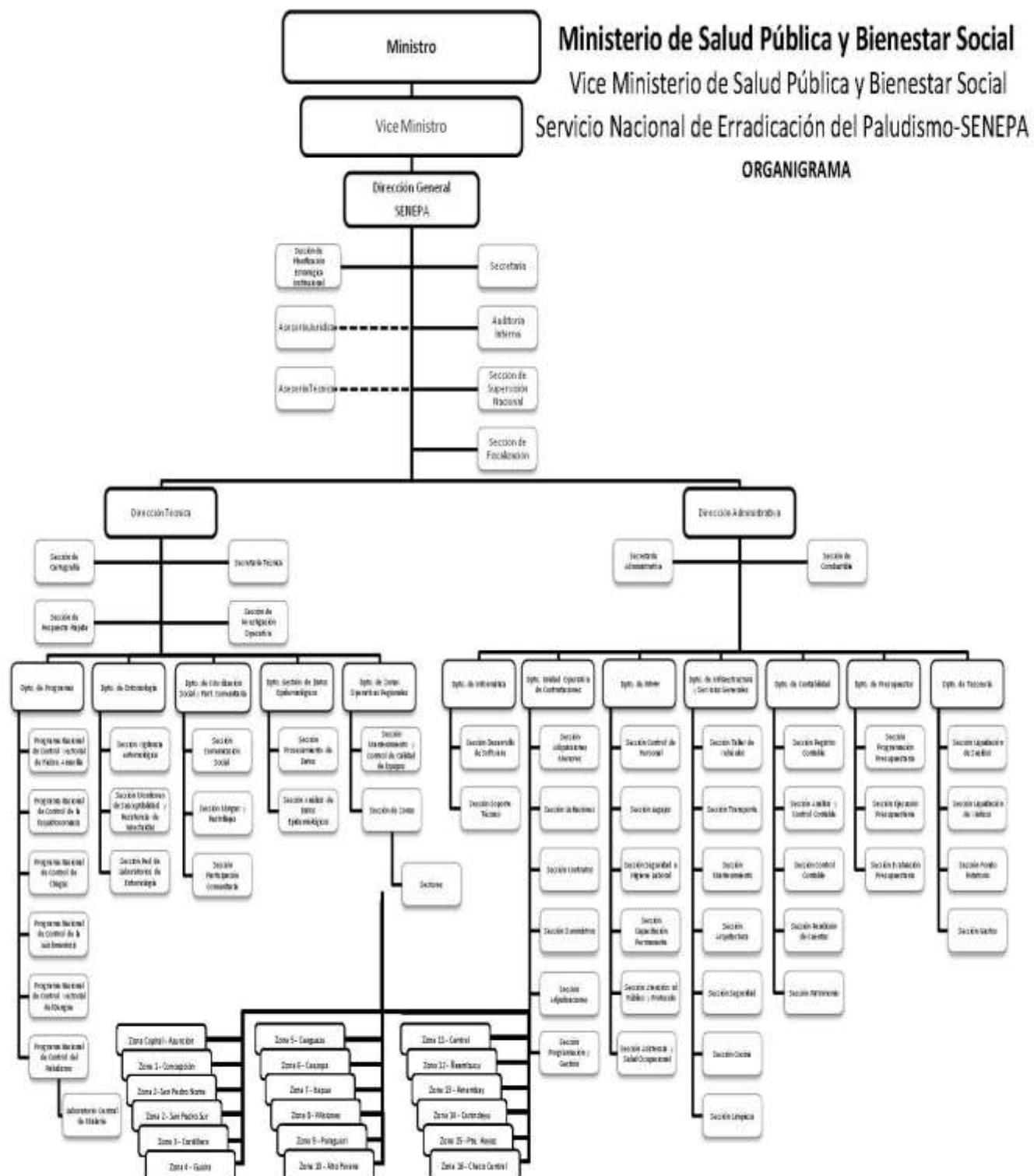


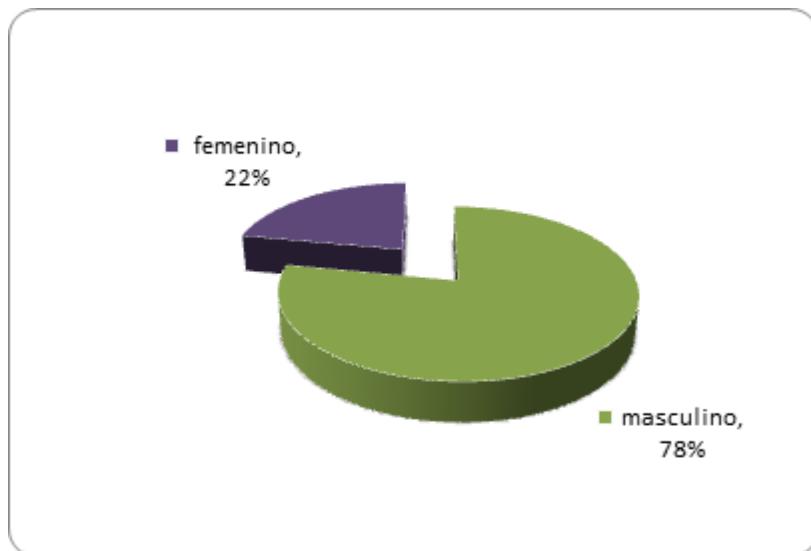
Tabla N° 2 Personal contratado por profesión y departamento. SENEPA. Años 2011

	Coord y Jefaturas		Técnicos		Admin		Servicios Generales		TOTALES		Edades		20-30		31-40		41-50		51-60		61 y más		TOTALES	
	M	F	M	F	M	F	M	F			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Etiquetas de fila																								
01 CONCEPCION	6		24	5	--		2	1	32	6	6	2	8	1	10	--	1	1	7	1	32	5		
02 SAN PEDRO	8		27		7	2	2	--	44	2	15	2	9	--	11	--	8	--	--	--	43	2		
03 CORDILLERA	3		23	2	--	1	3	--	29	3	6	3	8	--	9	--	5	--	--	--	28	3		
04 GUAIRA	4		11	2	2		1	--	18	2	5	--	3	2	7	--	2	--	1	--	18	2		
05 CAAGUAZU	17	1	62	5	5	2	7	--	91	8	16	3	16	1	23	4	23	--	6	--	84	8		
06 CAAZAPA	1	1	16	1	1		--	--	18	2	6	1	4	--	3	1	4		1	--	18	2		
07 ITAPUA	5	1	15	4	1	1	1	--	22	6	4	1	6	3	7	--	5	2	--	--	22	6		
08 MISIONES	2		9	3		1	--	--	11	4	2	2	1	1	5	1	--	--	3	--	11	4		
09 PARAGUARI	3		18	1	1	3	--	1	22	5	6	3	8	1	7	--	1	1	1	--	23	5		
10 ALTO PARANA	11	1	131	11	3	2	16	3	161	17	33	2	33	8	56	4	28	--	10	3	160	17		
11 CENTRAL	7	1	25	8	4	5	23	2	59	16	24	6	10	4	8	6	14	1	3	--	59	17		
12 ÑEEMBUCA	2		3	1	--	--	--	1	5	2	3	--	--	--	--	1	2	--	--	--	5	1		
13 AMAMBAY	2	1	20	1	1	--	--	--	23	2	2	--	3	1	6	--	8	--	4	1	23	2		
14 CANINDEYU	3	1	32	2	2	1	7	1	42	5	2	--	8	2	20	3	12	1	2	1	44	7		
15 PDTE. HAYES	3		7	1	2		1	1	13	2	5	--	3	--	--	--	4	--	1	--	13	--		
16 ALTO PARAGUAY	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--		
17 BOQUERON	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--		
18 CAPITAL	39	25	85	47	38	52	53	25	215	149	71	45	43	37	63	36	23	12	10	8	210	138		
Sub Total	116	32	508	94	67	162	116	35	807	231	206	70	163	61	235	56	140	18	49	14	793	219		
Total	148		602		229		151		1038		276		224		291		158		63		1012			

Fuente: Construcción Propia con datos proporcionados por el Departamento de Recursos Humanos de SENEPA. Marzo 2012.

Según la nómina de funcionarios y funcionarias del departamento de Recursos Humanos, el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo –SENEPA–, cuenta con un total de 1.060 funcionarios. La tabla anterior no da cuenta de dicho total, en tanto la planilla de personal de SENEPA proporcionada a este equipo evaluador carecía de algunas informaciones relacionadas con 22 personas en cuanto al tipo de trabajo que realizan; y en 48 casos dicha base no proporcionaba la edad de los funcionarios. Del total de funcionarios que laboran en SENEPA (1060 personas), 1825 (78%) son de sexo masculino y 235 (21%) de sexo femenino.

Gráfica N° 12 Funcionarios y funcionarias de SENEPA en porcentajes



El grupo de funcionarios tienen un promedio de edad de 41 años; con un mínimo de 19 años y un máximo de 78.

Mientras que en el grupo de funcionarias el promedio de edad es de 38 años, con un mínimo de 19 años y un máximo de 73 años. Si bien los extremos de edad solo presentan diferencia en el máximo, el grupo de hombres que trabaja en la institución ligeramente es mayor en edad que el grupo de mujeres.

En relación a la distribución de funcionarios y funcionarias por zonas o lugares en donde opera el SENEPA, cabe destacar que la matriz en Excel no unifica los descriptores referentes al lugar de trabajo, lo que hace difícil el procesamiento para la caracterización de la distribución del recurso humano en las 18 Zonas de trabajo⁴⁸. Sin embargo, la tabla que se presenta a continuación fue elaborada en base a la matriz en mención.

Los funcionarios y funcionarias trabajan en al menos 51 dependencias distintas.

En el listado de temas y capacitaciones que el personal de SENEPA ha recibido, no se distinguen acciones orientadas al desarrollo de capacidades para la aplicación del enfoque de género. No se ha evidenciado la existencia de coordinación con organismos especializados en género, a nivel nacional ni internacional.

Tabla N° 3 Tipo de dependencia en que labora el personal de SENEPA. Datos año 2011.

⁴⁸ Por ejemplo la Zona I ó Concepción, es nombrada como tal o en algunos casos según el distrito donde se encuentra ubicado el o la funcionario/a. En otro caso se indica en la columna de lugar la dependencia o cargo que ocupa el recurso humano por lo que es difícil ubicar el lugar preciso en el que el mismo está trabajando

Departamento de entomología
Sección transporte
Zona XVIII
Sección Seguridad
Sección de mantenimiento
Dpto. de zonas operativas regional
Asesoría Jurídica
Auditoría interna
Infraestructura y servicios generales
Dirección administrativa
Dirección general
Dpto de contabilidad
Dpto gestión de datos epidemiológicos
Dpto de informática
Dpto de presupuesto
Dpto de RRHH
Dpto de Unidad Operativa de Contrataciones
Participación comunitaria
Programa Control de Chagas
Programa Leshmaniosis
Recurso Interno
Sección Mantenimiento y control de equipos
Sección Supervisor Nacional
Sección adjudicaciones
Sección combustible
Sección comunicación social
Sección Gastos
Sección liquidación de viáticos
Sección liquidación de sueldos
Sección mingas y rastrillaje

Sección monitoreo de susceptibilidad y resistencia de insecticidas
Sección participación comunitarias
Sección personal
Sección patrimonio
Sección programa control de vectores
Sección lab. De malaria
Sección programación presupuestaria
Sección programación presupuestaria y gestión UOC
Sección Protocolo
Sección suministro
Tesorería
Sección vigilancia entomológica
Sección rendición de cuentas
Sección seguridad e higiene laboral
Sección planificación
Dpto de Programas
Dirección Técnica
Dpto de movilización social
Programa Nacional Control de Paludismo
Sección limpieza
Sección legajos
No indica dependencia
51 dependencias técnicas y administrativas

Fuente: Datos proporcionados por la Dirección de Recursos Humanos. SENEPA. Marzo del 2012.

2.10. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable

El seguimiento al trabajo de los equipos de SENEPA es responsabilidad directa del Jefe de Zona, quien es la persona que se encarga de coordinar y asignar las tareas de trabajo a los distintos equipos que operan bajo su cargo.

SENEPA cuenta con un número importante de formularios, tiene la capacidad de recoger la información, procesarla, interpretar los datos, y publicarla de manera oportuna. La institución utiliza la información para la toma de decisiones, lo cual se vuelve más relevante durante los brotes epidémicos.

Tal como vimos en el apartado 6.7, en donde señalamos una diversidad de formularios de recolección de datos con los que trabaja SENEPA. Por ejemplo, la ficha para la vigilancia del síndrome febril agudo (persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre de menos de 7 días de duración). Dicha ficha recoge los siguientes datos: Enumerar prioridad diagnóstica (Paludismo, Dengue, Fiebre Amarilla; Leptospirosis, Hantavirus, otros). Datos del notificador (institución, nombre del notificador, número de historia clínica, fecha de notificación); Datos del Paciente (Nombre y apellidos, edad, sexo, cédula de identidad, domicilio, teléfono, departamento, distrito, barrio, área urbana o rural). Dibujo de croquis para ubicar la vivienda. Datos clínicos de la enfermedad (Síntomas y signos). Datos epidemiológicos (ocupación, lugar, rural o urbano; información sobre viajes en los últimos 15 días, lugares de viaje); si ya tuvo un cuadro similar anterior; casos similares actualmente en el entorno; personas con las que vive; condiciones co-existentes (embarazo, diabetes, inmunocompromiso); vacunaciones; Datos de laboratorio, etc.

La ficha de visita domiciliar, en la que se recogen datos relacionados con: fecha, jefe de familia, barrio, número de casa, operador, recipiente.

La ficha de monitoreo entomológico que recoge datos relacionados con: departamento, municipio, localidad, dirección, jefe de familia, mes, captura intradomiciliar y/o peridomiciliar, número de trampas, hora de inicio, hora de término, número de capturas, ejemplares capturados, Datos meteorológicos (fecha, temperatura, humedad, vientos, lluvia); responsables del trabajo.

Las fichas de informe mensual de actividades de control de vectores en la cual se establece: Fecha, zona, departamento, mes, número de semana epidemiológica, tipo de vector (Malaria, Chagas, Dengue, Leishmaniosis, otros); Sector, distrito, localidad o barrio, número de manzanas trabajadas, número de viviendas trabajadas, número de viviendas cerradas, número de establecimientos trabajados, número de patios baldíos trabajados, número de predios trabajados, total de habitantes protegidos, insecticidas utilizados, larvicidas utilizados. Número de ciclo, tipo de máquinas utilizadas, nombre del supervisor, etc.

Adicionalmente produce un boletín semanal, conocido como el boletín epidemiológico, informe que está relacionado a la Semana epidemiológica y que se puede encontrar en la página web de la institución. En dicho boletín se pueden encontrar los datos relacionados con el manejo de vectores, situación de epidemias y normativas relacionadas a las mismas, de manera periódica.

BASE DE DATOS

El Programa cuenta con una base de datos por cada uno de los 5 componentes o sub-Programas Nacionales. La misma se actualiza diariamente y/o semanalmente por parte del Departamento de Gestión de Datos. La base de datos cuenta con información relacionada con los formularios recogidos por cada uno de los subprogramas, tal como ya mencionamos anteriormente (tipo de vector, hogares visitados, datos de las personas, datos del distrito, del barrio, signos y síntomas; condiciones co-existentes, etc.).

Se tiene la capacidad de producir análisis semanales, como lo prueban los boletines epidemiológicos publicados semanalmente. La información proporcionada por el Departamento de Gestión de Datos se utiliza para la toma de decisiones por el personal directivo, para brindar información al público en general y para trasladar dicha información a otros entes relacionados con la salud pública. Las bases de datos contienen la información recolectada en los instrumentos ya mencionados anteriormente (Datos del notificador institución, fecha de notificación; Nombre y apellidos de la persona que se visitó, dirección de la vivienda, edad y sexo de la persona que dio la información, teléfono, departamento, distrito, barrio, área urbana o rural). Dibujo de croquis para ubicar la vivienda. Datos relacionados con los vectores; referencia sobre enfermedades producidas por los vectores, datos clínicos de la enfermedad (Síntomas y signos); datos relacionados con institución tratante, etc.

Las bases de datos tienen información desagregada por sexo, pero ésta información no es analizada de manera periódica.

LÍNEA DE BASE DEL PROGRAMA

Dado que el trabajo que realiza SENEPA viene desde muchos años, se tiene la posibilidad de contar con estadísticas anuales por cada uno de los vectores que son sujetos de vigilancia epidemiológica.

El Programa no dispone de una línea de base que les permita aplicar distinciones de género.

EVALUACIONES ANTERIORES DEL PROGRAMA (49)

En el período de evaluación analizado se encontraron tres evaluaciones realizadas a los Programas Nacionales: una de ellas se corresponde al Programa Dengue; y dos más al Programa Chagas.

Las evaluaciones a las que el equipo tuvo acceso no señalan aspectos relacionados con la igualdad de género.

⁴⁹ El equipo evaluador quisiera dejar constancia que en la actualidad SENEPA únicamente se encarga del control del vector, por lo que las recomendaciones relacionadas con la asistencia médica a pacientes, estudios laboratoriales, procesos de internación, etc. corresponden a los Servicios de Salud.

INFORME 1

EVALUACIÓN EXTERNA

Estrategia nacional de gestión integrada para la prevención y control del dengue en la República del Paraguay.

Tema Evaluación: Estrategia de Gestión integrada para el control y prevención del Dengue en Paraguay, EGI – Dengue, Paraguay, realizada del 13 al 17 de julio del 2011.

La evaluación fue realizada por el Programa Regional de Dengue de la OPS/OMS.

El objetivo general de la evaluación fue evaluar el desempeño y los componentes básicos de la EGI – Dengue.

Los objetivos específicos fueron:

- Examinar la situación actual de la vigilancia epidemiológica del dengue, el dengue grave, incluida una evaluación de la tendencia ocurrida durante los últimos años.
- Revisar detalladamente la capacidad de análisis de información derivada de la vigilancia de dengue que ocurre en los lugares visitados.
- Conocer la situación actual de los recursos y actividades de control vectorial, así como también las dirigidas a mejorar el medio ambiente, en el marco de lucha contra esta enfermedad.
- Conocer la capacidad y estrategia para evitar muertes por dengue, normas y procedimientos de atención clínica del paciente.
- Revisar y brindar asesoría relacionada con las definiciones operativas de caso para dengue y dengue grave. Normas nacionales vigentes
- Revisar los procedimientos y técnicas diagnósticas de laboratorio utilizadas en Paraguay, y su aplicación en el algoritmo diagnóstico. Este rubro debe incluir disponibilidad de recursos, red de laboratorios y calidad del diagnóstico de laboratorio en la vigilancia serológica y virológica.
- Conocer la situación de recursos básicos (financieros y humanos) para dar respuesta a la DGI Dengue del Paraguay.
- Conocer las metodologías, planes y actividades encaminadas a lograr una mayor participación extra sectorial y ciudadana, así como las mediciones del impacto conductual de los proyectos COMBI.
- Promover medidas de organización (técnicas y administrativas) para impulsar el proceso de implementación de la EGI Dengue en el Paraguay.

PRINCIPALES CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL INFORME

A. Componente de Gestión: se concluye que al momento de la evaluación se dispone de un EGI- Dengue (Estrategia de Gestión Integral-Dengue) al que califican como un “solido documento técnico que se encuentra en difusión e implementación”. Sin embargo, no integra ni involucra de manera efectiva a los gobiernos departamentales y municipales, por lo que estos no se sienten responsables del éxito y/o fracaso de la estrategia.

Se cuenta con el grupo técnico GT- Dengue Nacional, con mayor integración a nivel central que a nivel local. Esta integración fue más efectiva durante la epidemia.

Persiste la falla de ordenamiento ambiental que propicia la proliferación de y dispersión del mosquito *Aedes aegypti*, sin que se visualicen mejoras a corto, mediano y largo plazo.

Se recomienda:

- Integrar, como actores claves para la operativización de la EGI – dengue, a los niveles de gobernación departamental e intendencias municipales. La conducción operativa debe estar en el nivel local para que se sientan responsables del éxito/fracaso de la estrategia, con asesoría técnica del nivel central.
- Realizar una evaluación del proceso de gestión e integración del grupo técnico nacional antes, durante y después del brote, que permita mejorar la funcionalidad del mismo.
- Elaborar y poner en práctica un plan maestro nacional que garantice, a corto plazo, el saneamiento ambiental y que de manera sostenible de soluciones a los problemas de recolección, reposición y procesamiento de la basura con riesgo a la salud y al ambiente

B. Componente Vigilancia Epidemiológica: se concluye que la información que genera el sistema de vigilancia a nivel central integra todos los componentes, realizando un adecuado análisis epidemiológico. Aun así, los niveles locales realizan un análisis fragmentado que dificulta las acciones de campo

Los datos de vigilancia que genera el nivel hospitalario revelan serios problemas de clasificación de casos.

Se encontraron fichas de notificación incompletas en todos los establecimientos visitados, sin generar una reacción hacia el funcionario responsable del problema

Ausencia de una herramienta de monitoreo y evaluación del sistema de vigilancia.

Se recomienda:

- Realizar asesoría técnica, por el GT dengue nacional a los equipos locales para mejorar la integración, el análisis de datos y la toma de decisiones operativas
- Crear un instrumento de notificación de dengue que sea práctico y operativo, que permita dar un seguimiento y respuesta oportuna a la situación de brote.
- Contar con un equipo integrado, en todos los componentes, para el monitoreo y supervisión, en todos los niveles, dirigidos por la unidad de análisis epidemiológico.
- Continuar con la incorporación del sector privado en la notificación de casos y adecuado manejo de acuerdo a las guías de atención del Ministerio de Salud.

C. Componente Atención al Paciente: existen guías actualizadas de clasificación y manejo clínico de pacientes con dengue que se han socializado entre el sector público y el sector privado.

Las Guías Nacionales no se aplican de manera homogénea en todo el sistema de salud; particularmente en el sector privado.

El análisis de los casos graves y fallecidos se realiza tardíamente, o no se realiza, en las unidades visitadas, por lo que no se generan recomendaciones oportunas para mejorar la atención médica, ni se toman medidas correctivas técnicas y/o administrativas con el personal responsable.

No está garantizado el proceso de educación médica continua para el manejo de pacientes con dengue. No existe un plan de capacitación, ni recurso humano asignado en los lugares visitados. Tampoco se dispone de una planilla permanente de médicos en los departamentos de hospitalización, con objeto de dar seguimiento especializado a los pacientes durante la epidemia.

El 80% de los fallecidos se dio en instituciones privadas y el IPS.

Los entrevistados tienen la percepción que la epidemia no se declaró a tiempo oportuno, a pesar de la comunicación que dieron los sitios centinelas.

Se recomienda:

- Garantizar que todos los servicios y funcionarios que atienden pacientes con dengue tengas las guías, fluogramas nacionales y que los servicios o unidades de salud cuenten con los recursos humanos necesarios para la correcta aplicación de las mismas
- La discusión de los casos graves debe ser inmediata y la de los fallecidos en las siguientes 72 horas para que se apliquen oportunamente las recomendaciones institucionales y medidas correctivas, técnicas y administrativas a los responsables para prevenir nuevas muertes.
- Implementar en periodos interepidemiológicos, el programa de educación médica continua para el aprendizaje y actualización de las guías nacionales.
- Evaluar, al más alto nivel, la calidad de la atención médica y el seguimiento dado a los pacientes durante la última epidemia.
- Implementar una planilla permanente de médicos en los departamentos de hospitalización de todos los hospitales, con el objeto de dar seguimiento especializado a los pacientes durante la hospitalización.

D. Componente integrado de vectores: las actividades de vigilancia y control del *Aedes aegypti* se encuentra centralizada en SENEPA y se han fortalecido notablemente los recursos humanos, materiales y financieros. Sin embargo, persisten necesidades para dar cobertura adecuada a nivel nacional.

Existe un sistema de vigilancia epidemiológica, LIRAA, que brinda una información adecuada y útil, pero no se la usa adecuadamente para planificar la respuesta de control. Actualmente se está priorizando el bloqueo químico de casos sobre control focal (larvario)

Se detectaron deficiencias en las acciones de supervisión y control de las actividades de campo, lo que pone en riesgo la calidad del trabajo. El control de calidad del equipamiento es adecuado.

Se recomienda:

- Fortalecer la capacidad de respuesta se SENEPA por medio de un reordenamiento de su estructura y funciones que incluya la descentralización progresiva de las acciones operativas, hacia los gobiernos locales, por medio de las unidades municipales de control vectorial, como modelo práctico que brinde una respuesta permanente. Mantener la descentralización normativa, metodológica y el monitoreo y evaluación en el SENEPA y en menor grado las acciones operativas.
- En base a la información entomológica del LIRA y en la estratificación de riesgos a nivel de los barrios, organizar una respuesta global que involucre a todas las entidades locales y a la comunidad. Elaborar normativas, directrices técnicas para dar respuesta ante los diferentes riesgos.
- Establecer un programa de monitoreo y supervisión permanente que garantice la calidad de las acciones de terreno.

E. Componente diagnóstico de laboratorio: se concluye que el país cuenta con una red para el diagnóstico serológico, virológico y molecular para dengue liderado por el LCSP. Se utiliza la determinación NS1, sin la validación del LCSP, ni la recomendación de la RELDA.

Solo algunos laboratorios del sector privado participan en la red de laboratorios de diagnóstico del dengue.

Se recomienda:

- Analizar los resultados de la determinación de NS1, para definir su utilidad en el manejo de casos, independientemente del escenario epidemiológico.
- Participar de la próxima reunión de la RELDA, donde será analizada la utilidad y pertinencia del uso de la NS1 para el diagnóstico y vigilancia del dengue.
- Elaborar instrumentos de regulación que permitan el cumplimiento de la notificación obligatoria de agentes etiológicos establecidos en la resolución SG N431/08, con énfasis en laboratorios privados.

F. Componentes de Promoción de salud y comunicación social: se concluye que las acciones de comunicación y promoción de la salud se consideran ejes estratégicos en la EGI – dengue, pese a ello no se les asignan el presupuesto adecuado.

Existe fragmentación en las acciones de comunicación y promoción de la salud en el nivel central y local, lo que origina una duplicación de esfuerzos y recursos y reduce la efectividad de las intervenciones.

Los mensajes y materiales informativos educativos deben ser pertinentes según los diversos contextos sociales y culturales.

Existen planes de comunicación en dengue elaborados por diferentes instancias de comunicación, promoción de la salud, movilización social que no se complementan ni articulan.

La participación comunitaria en el control del dengue es incipiente y está limitada por la carencia de recursos y la fragmentación del trabajo técnico, además que los horarios de trabajo no son flexibles a las necesidades de las comunidades.

Se recomienda:

- Asignar un presupuesto diferenciado a promoción de la salud y comunicación social en el nivel central y local, para fortalecer la capacidad operativa durante épocas de no epidemia y de respuesta a emergencias.
- Producir y validar los mensajes básicos con los niveles locales en fase inter/epidemia, para facilitar la adaptación pertinente según públicos y contextos socioculturales, manteniendo la unidad estratégica nacional. Los mensajes deben mantenerse durante todo el año.
- Desarrollar un modelo de trabajo en equipo para optimizar los recursos institucionales y mejorar la capacidad técnica operativa, así se podrán promover y acompañar procesos de participación comunitaria.
- Elaborar estrategias de comunicación de riesgo para abordar eventos de impacto en la salud pública.
- Establecer lineamientos operativos de comunicación de riesgo que definan las competencias técnicas para el nivel central y local.
- Fortalecer el modelo de trabajo en equipo para optimizar los recursos institucionales y mejorar la capacitada técnica operativa.
- Continuar con la experiencia COMBI, replicándolos de acuerdo a las características propias de cada comunidad.

El informe incluye además un listado de acciones inmediatas entre las que se destacan: “lograr la decisión política y financiera para enfrentar el desafío que representa el manejo adecuado de residuos sólidos. Lo que de lograrse sería un logro importante de la gestión del actual gobierno”.

Fortalecer la coordinación del Ministerio de salud con las regiones sanitarias y las independencias municipales, para mejorar la implementación del EGI- Dengue a nivel local

Elaborar un plan de monitoreo, evaluación y asesoría técnica desde el GT-dengue nacional, al proceso de implementación del GT dengue a nivel local

Conformar un equipo técnico entre las áreas responsables de promoción de la salud, movilización y comunicación social, en el nivel central y local, que planifiquen y ejecuten acciones coordinadas, lo que potencializará el impacto conductual en las poblaciones

Garantizar la disponibilidad de guías y flujogramas en todos los servicios y funcionarios que atienden a pacientes con dengue.

INFORME 2

Evaluación del Proyecto CIDA Canadá – Paraguay

Componente: Enfermedad de Chagas, 13 al 21 de febrero del 2006.

Realizada por Roberto Montoya, consultor OPS proyectos RAVREDA, Unidad de Enfermedades Transmisibles.

CONCLUSIONES SOBRE VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA

Se rescata la implementación de un sistema de vigilancia entomológica de infestación de viviendas por triatominos, destacando que los tres ejes considerados en la intervención se complementan.

Indica además que en los departamentos visitados se pudo constatar que el sistema cuenta con instrumentos de registro en los distintos niveles, flujo de los materiales entomológicos involucrando a centros de denuncias, referencia del material al laboratorio de entomología y la retroalimentación a los equipos de SENEPA, así como la ejecución de intervención cuando se precisa.

Señala también que se implementan conductas para verificar la actividad de los líderes y retroalimentar a los distintos niveles de denuncia, también realizan intervenciones de control en respuesta a la vigilancia.

También se pudo constatar que SENEPA está articulando estrategias de vigilancia comunitaria y que monitorean la actividad de los líderes, recolectan materiales y ejecutan las intervenciones. Así mismo en las visitas a líderes, a escuelas y centros de denuncia se pudo constatar la participación en distintos niveles de la estrategia de vigilancia.

Se señala que a pesar de disponer de la información a nivel local, la capacidad de análisis es limitada por parte de los funcionarios de SENEPA. Por otro lado el formato del registro de la información no permite tener una rápida visión longitudinal de la evolución a nivel de la localidad, lo que incidir en el interés y la participación de los equipos.

En relación a la estructura de SENEPA se verificaron deficiencias relativas a los medios de trasportes disponibles e insuficiencia del recurso humano para realizar la tarea.

Se indica que la rutina de manejo de la información a nivel central genera procesos desagregados por viviendas para cada localidad, se registran deficiencias en el proceso y la automatización de la información: algunos formatos impresos innecesarios, doble entrada de datos en dos archivos diferentes, ausencia de rutina de consolidación de la información a nivel de la localidad o distrito.

La falta de consolidación a nivel local limita el análisis de los hallazgos de la vigilancia y la estratificación de localidades para priorizar intervenciones.

En relación a la detección de transmisión congénita

El informe indica que el funcionamiento de un sistema de detección de casos de transmisión congénita de la infección T. cruzzi, basado en la realización de serología de rutina en el control prenatal. Destaca que: i) hay problemas para la captación de niños hijos de madres seropositivas después de 3 meses del parto para la realización del estudio; y ii) no se

implementa una política de atención a mujeres seropositivas detectadas durante el control prenatal.

Otros hallazgos

No se implementa una política de atención y referencia del paciente chagastico crónico

No se registra el reconocimiento de la cardiopatía chagasica o cardiopatía en adultos jóvenes como problema de morbilidad sentida.

Hay importantes progresos en las actividad de control de infestación de viviendas por triatominos mediante acciones de rociado con insecticidas de acción residual.

RECOMENDACIONES SOBRE LAS LÍNEAS DEL PROYECTO

1. Fortalecimiento del SENEPA a nivel local u articulación con la “vigilancia comunitaria”

- Fortalecimiento de capacidad de los sectores y las zonas del SENEPA en análisis de la información de vigilancia
- Capacitación en rutina de análisis de información de vigilancia de Chagas.
- Corregir problemas de transporte en los sectores de SENEPA.

2. Vigilancia de estrategia y control

- Mantener un registro de la actividad del sistema de vigilancia comunitaria. Monitoreo sobre actividad de los líderes.
- Evaluación de la efectividad/sensibilidad de la vigilancia comunitaria. Actividades de “vigilancia activa”, en localidades donde no ha habido notificación del sistema de vigilancia. Priorizar las que fueron positivas para T. infestans.
- Dar especial importancia las futuras actividades de “vigilancia activa” por parte del SENEPA, para ello implementar un cronograma de actividades de vigilancia basado en la estratificación de riesgo de las localidades.
- Se recomienda incluir en la base de datos la variable sobre tipo de denuncias, para diferenciar las viviendas que fueron positivas en la vigilancia comunitaria y que fueron verificadas como positivas por el SENEPA, de aquellas donde no se pudo confirmar la infestación durante la visita.

3. Sobre el sistema de información

- Se recomienda modificar en la estructura de la base de datos del nivel central, así como implementar de manera rutinaria el análisis de la información con GIS (información entomológica producto de la vigilancia).
- Las mejoras en las bases de datos están orientadas a:
 - Generar información consolidada a nivel de localidades y distritos.
 - Generar automáticamente informes que son enviados periódicamente a las zonas del SENEPA con las viviendas positivas en vigilancia y antecedentes.
 - Generar base de datos para visualización y análisis especial mediante software GIS.

4. Sobre vigilancia y transmisión congénita

- Se recomienda establecer un equipo médico responsable por departamento para instaurar el tratamiento con directrices nacionales.
- Instaurar estrategias para disminuir la “perdida” de mujeres seropositivas.
- Definir conductas para la atención de las mujeres seropositivas.

Finalmente el informe detalla sobre el funcionamiento del archivo Excel utilizado y las modificaciones que se incluyeron al archivo Paraguay vigilancia.pdf.

INFORME 3

Resultado de la visita de Monitoreo realizada por consultores a las áreas del proyecto Prevención y Control de enfermedades transmisibles Prioritarias: Chagas.

El Proyecto es financiado por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI-CIDA). La visita de consultoría fue ejecutada por la cooperación técnica de la OPS/OMS. La visita se realizó en el marco del término del proyecto.

Periodo de la visita: 9 al 12 de agosto del 2010.

Objetivo de la visita:

- Analizar el grado de avance proyecto con respecto a sus propios resultados esperados e indicadores, considerando las recomendaciones de las evaluaciones anteriores.
- Analizar el progreso en establecer un sistema de vigilancia para Chagas en el Chaco Central e identificar si será necesario apoyo técnico para las acciones de vigilancia
- Realizar seguimiento a la región oriental para ver el funcionamiento de los sistemas de vigilancia en las áreas certificadas con interrupción de la transmisión vectorial de Chagas.
- Visitar sitios del proyecto para hacer entrevistas con los profesionales y en los niveles departamental y local y miembros de las comunidades objetivos.
- Discutir el estado de la ejecución de las actividades programadas en el plan de trabajo del noveno año del proyecto, de acuerdo con el informe de progreso del (31 de julio del 2010).
- Discutir la programación de actividades del plan de trabajo para el periodo de agosto a diciembre del 2010.
- Identificar los retos así como las lecciones aprendidas y los resultados suplementarios obtenidos durante su ejecución.

Recomendaciones del equipo de consultores:

- Extender a las autoridades locales, departamentales y nacionales la información referida a la absoluta prioridad que T. infestans como objetivo de control y eventual eliminación.
- A efectos de evaluar el verdadero rol de las especies secundarias (T. sordida, T. guasayana, T. garciabes) en la transmisión de T. cruzi al hombre se organizan encuestas serológicas en niños nacidos después del 2008, en aquellas áreas que registran la presencia predominante del vector.
- Debe favorecerse, toda vez que sea posible, el apoyo en recursos humanos y equipamiento de unidades de SENEPA de la región oriental a las acciones de control y vigilancia antivectorial en el chaco donde aún el T. infestans es un transmisor presente y activo.
- Optimizar la eficacia y sensibilidad en la vigilancia entomológica basada en la comunidad a través de:
 - Reorganizar la colecta de insectos a nivel de las localidades, pensando en agilizar las instancias de despacho a centros de notificación.
 - Simplificar el flujo de información desde el colector comunitario hasta el centro de identificación específica.

- Implementar un sistema de evaluación de rendimiento y calidad de esta vigilancia comunitaria, en base a intervenciones puntuales programáticas en muestras de comunidades de riesgo en búsqueda de triatominos, mediante encuestas poblacionales de percepción del vector por parte de la comunidad;
- El perfeccionamiento de la atención médica de Chagas, podría considerar de utilidad los aportes referidos a:
 - Involucrar a grupos clínicos del MSP y BS y/o facultades de medicina en el diseño de un esquema de atención más abarcativo y sustentable;
 - Integrar la atención de Chagas en las carreras de salud en las universidades de Paraguay;
 - Integrar la atención de Chagas en el primer nivel de atención y en las unidades de salud de la familia (USF/APS);
 - Garantizar el diagnóstico, manejo y tratamiento del caso por médicos generales, debidamente apoyados a través de acciones de supervisión y evaluación de sus acciones;
 - Capacitar en la atención de la enfermedad de Chagas a los médicos y al personal de las USF's;
- Propiciar un Consenso Nacional de clínica y atención de la enfermedad de Chagas, para desarrollar las normas nacionales de diagnóstico, manejo y tratamiento del Chagas.
- Considerar para la región oriental el desarrollo de proyectos cooperativos con los países vecinos que comparten el ecosistema y endemia de Chagas, como modalidad de desarrollo y fortalecimiento de las acciones.
- Se ratifica que en ambas regiones del país el T infestan es la protagonista de la transmisión del T. cruzi al hombre, lo que las constituye en un objetivo de prevención y control vectorial del Programa nacional de Chagas de Paraguay.
- La región oriental o chaco, entra a una fase intensiva de desarrollo de medidas de prevención, control y atención de la enfermedad y deberá tener ajustes metodológicos y operativos propios por las singularidades epidemiológicas y socioeconómicas culturales de la zona.
- Respaldar la ejecución de la encuesta seroepidemiologica en población de Alto Paraguay a realizarse en el segundo semestre del 2010.
- Se realizan recomendaciones específicas para la región oriental o chaco, en donde la atención médica de Chagas necesita la atención de todos los sectores de salud disponibles (público y privado) así como una coordinación estratégico operativa de sus servicios y coberturas.
- Concretarse la impresión y publicación del manual de normas nacionales de atención médica para casos agudos, crónicos y congénitos.
- Considerar la posibilidad de adoptar y adaptar a la región del chaco la estrategia “ruta inversa” que desarrolla Honduras como control antivectorial basado en cuatro aspectos centrales: diagnóstico seroepidemiológico, confección de una estratificación de localidades

de acuerdo a hallazgos, diseño de intervenciones antivectoriales de acuerdo a un orden de prioridad.

- Intervenciones integrales e integradas con participación comunitaria
- En referencia a la transmisión congénita del Chagas y su atención médica, señalan la importancia de adoptar a nivel nacional la ficha actualizada del Sistema Informatizado Perinatal0CLAP, que contiene espacio para Chagas, dedicados a la gestante y al recién nacido.
- Integrar el Chagas congénito en un paquete de afecciones de prevención y tratamientos de infecciones de transmisión vertical.
- Dar continuación y mejorar las iniciativas de vigilancia que hoy funcionan en el Chaco, en base a participación comunitaria, escuelas y puestos de notificación.

La recomendación principal del reporte es la realización de un Plan Focalizado para mantener la certificación en las regiones oriental y occidental o Chaco, de manera a que las acciones de vigilancia entorno epidemiológicas sean sostenibles.

2.11. Reformulaciones del Programa

El subprograma no ha sufrido reformulaciones en los últimos años; más bien lo que se tuvo que hacer ha sido un mayor crecimiento del recurso humano asignado a la lucha contra el dengue, dadas las constantes epidemias que se han presentado en el país en los últimos años.

2.12. Otros programas relacionados

Tal como lo mencionamos anteriormente, SENEPA trabaja de cerca con las Direcciones regionales, a través del contacto directo con el Director Regional, mediante un trabajo coordinado y regular. Con alguna frecuencia (que puede ser semanal, quincenal o mensual) se producen reuniones entre las autoridades sanitarias de salud en la región (Director Regional de Salud, Epidemiólogo Regional, Director zonal de SENEPA) a fin de analizar el estado actual de los vectores. En el caso de epidemias, sobre todo en el caso del manejo del Dengue, las reuniones o los contactos telefónicos entre autoridades pueden ser diarios.

Se trabaja también de manera directa con otros entes de Salud, como el Instituto de Previsión Social y entes y/u organismos privados de salud (algunos hospitales privados, o clínicas especializadas); en temas relacionados con el manejo de casos, y cuando es necesario, invitándoles a participar de manera más activa en las acciones de prevención y/o promoción de la salud.

Con otras organizaciones relacionadas al campo de la salud se cuenta con la elaboración de convenios y acuerdos de intervención sobre todo con Gobernaciones y Municipalidades.

Se ha coordinado también con diversos ministerios, especialmente con personal del Ministerio de Defensa, con el que se coordina actividades prevención y control de vectores; y con el Ministerio de Educación y Cultura, con el que se coordina actividades de promoción de la salud.

SENEPA también ha ido coordinando de manera progresiva con las Unidades de Salud de la Familia (USF). Se menciona que esta coordinación ha sido de manera progresiva, en tanto la instalación de las USF comenzó hacia fines del año 2008, durante el gobierno de Fernando Lugo; dado que anteriormente no existían estas estructuras de Salud.

Para diciembre del año 2011 existían 703 USFs distribuidas a lo largo y ancho del territorio nacional. Las USF constituyen la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de la estrategia de Atención Primaria de Salud en el país. Cada UFS tiene la posibilidad de brindar servicios de salud a una población estimada entre 3.500 a 5.000 personas en un determinado territorio social. En la actualidad alcanzan una cobertura por arriba de los 2.5 millones de personas.

La USF asume la responsabilidad sanitaria y social de la atención de una comunidad definida demográfica y geográficamente, y en sus actividades han de estar contemplados tanto los aspectos de prevención de la enfermedad, promoción de la salud como la prestación de servicios asistenciales o curativos.

Las USF la puerta de entrada para la atención sanitaria de las personas en los servicios de salud. Los funcionarios de SENEPA han ido articulando el trabajo de coordinación con los funcionarios de las USF en lo que se relaciona con las actividades de prevención (mingas ambientales) y promoción de la salud (información a la población sobre los vectores y programas de educación en salud). Son las USF las responsables de dar la atención sanitaria respectiva a la población cuando los vectores ocasionan enfermedades en la misma; o bien, ante la severidad de los cuadros clínicos los refieren a otros niveles de atención sanitaria.

No establecen relaciones con programas que desarrollen acciones de promoción de igualdad de género.

Desde fines del 2010, se viene ejecutando un Convenio entre la Organización internacional Médicos Sin Fronteras (MSF), el Ministerio de Salud Pública y el SENEPA para organizar un Proyecto de la Enfermedad de Chagas durante 3 años, siendo beneficiado la población del Departamento de Boquerón (aprox. 50.000 habitantes), accediendo al diagnóstico y al tratamiento etiológico, según criterio clínico⁵⁰.

Como resultado de esta estrategia en el Departamento de Boquerón y a través del Convenio MSP y BS- SENEPA y la organización internacional Médicos sin Frontera MSF, es posible la identificación de la prevalencia actual de la enfermedad de Chagas en dicho departamento y la provisión del tratamiento al infectado por *Tripanosoma cruzi*⁵¹.

2.13. Antecedentes Presupuestarios

El Presupuesto General de la Nación cuenta con tres tipos de fuentes de ingresos: recursos del Tesoro Público (FF10- ingresos tributarios, regalías, aportes de empresas públicas y otros ingresos); recursos de crédito público (FF20-préstamos que recibe el Estado para financiar gastos de inversión pública); y recursos institucionales (FF30-generados por las instituciones y administrado por la propia entidad receptora, y las donaciones que recibe el gobierno) (⁵²).

Tabla N° 4 Asignación presupuestaria por año 2009-2011 Dirección General de Atención Primaria de Salud.

Año	Presupuesto general (total) del MSP y BS en guaraníes	Presupuesto (total) asignado a SENEPA en guaraníes
-----	---	--

⁵⁰ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2010).

⁵¹ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2010).

⁵² Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/Dirección General de Planificación y Evaluación.- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). **Financiamiento y Gasto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social por Función.** Asunción, Paraguay, Diciembre 2007. 135 pp.

2009	1.691.435.520.920	51.593.254.212 (⁵³)
2010	1.855.172.114.634	57.700.800.098 (⁵⁴)
2011	2.340.756.284.510	68.881.694.742 (⁵⁵)

Fuente: Dirección de Presupuesto. SENEPA. Marzo 2012.

Como puede verse en la tabla anterior, del total del presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a la Dirección General de SENEPA le correspondió para el año 2009, un 3.1%. Si nos fijamos en el presupuesto asignado para el 2009 y vemos el del 2010, se observa que se tuvo un incremento en un 11.8% esto también se refleja en el hecho de que en relación al presupuesto total del Ministerio de Salud le correspondió un 3.1%. Sin embargo, debido al importante crecimiento que tuvo el presupuesto total del Ministerio de Salud para el año 2011 (G. 2.340.756.284.510), para dicho año, el presupuesto de SENEPA se correspondió con un 2.9% del total, aunque al compararlo con el presupuesto que tuvo en el año 2009, se ve que la institución logró un incremento en un 33.5%. Esto le permitió a SENEPA disponer de recursos que le posibilitaron mejorar su equipamiento e implementar un proceso de re/categorización salarial para sus funcionarios.

⁵³ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo –SENEPA. Memoria Anual de Labores 2009. Asunción, Paraguay, sf. 75 pp.

⁵⁴ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo –SENEPA. Informe Anual de Gestión 2010. Asunción, Paraguay, sf. 91 pp.

⁵⁵ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo –SENEPA. Memoria Institucional 2011. Asunción, Paraguay, sf. 90 pp.

Fuentes, Usos y Recursos

Tabla N° 5 Origen y Asignación presupuestaria a la Dirección General de SENEPA según fuente para los años 2008-2011

Fuente	Plan financiero final 2009	Plan financiero final 2010	Plan financiero final 2011
10	3.000.000.000	-	2.000.000.000
20	-	-	-
30	49.302.190.482	58.920.000.358	69.126.698.142
Total	52.302.190.482	58.920.000.358	71.126.698.142

Fuente: SENEPA. Dirección de Administración. Marzo 2012.

Por los datos ofrecidos por la Dirección de Administración y presupuesto podemos decir que los recursos asignados a SENEPA, según aparece reflejado en los informes de gestión de los últimos tres años se corresponden a Fuente 30. Únicamente en los años 2009 y 2011 se contó con fondos de fuente 10.

III. TEMAS DE EVALUACIÓN

3.1. Diseño del Subprograma

3.1.1 Diagnóstico de la situación inicial

Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con el Diseño del Programa

La situación de la Malaria ha cambiado de manera importante en el país. Los casos de enfermedad ocasionados por el vector han tenido una reducción considerable, en relación al número de casos que se presentaban en los inicios del programa en el año 1957. Para el período de estudio de esta evaluación, los casos reportados de Malaria fueron: año 2008, 341 casos; año 2009, 91 casos; año 2010, 27 casos; y año 2011, 10 casos.

En el caso de Dengue, en los últimos cinco años han sido constantes los brotes epidémicos ocasionados por el vector⁵⁶ que han conllevado a una presencia del vector y a la producción de enfermedad en prácticamente a todo el territorio nacional.

Los casos de dengue que se presentaron el período fueron: año 2008, 110 casos, año 2009, 4.339 casos; año 2010, 13.565 casos; año 2011 42.945 casos. Para el año 2010 se reportaron un total de 15 personas fallecidas por la enfermedad y para el año 2011 fueron 62 personas las que fallecieron víctimas de la enfermedad.

De esa cuenta, el equipo evaluador considera que el problema que dio origen al Sub-programa de Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores estuvo bien identificado.

Teniendo en cuenta el problema central cabe destacar que de acuerdo a que el proceso de transmisión está condicionado por factores de riesgo que modulan las posibilidades de enfermar, como los cambios climáticos, la invasión del hombre a nichos ecológicos, la sobre población, la higiene personal y el saneamiento de la vivienda (inadecuado sistema de recolección de residuos, insuficientes vertederos y sistemas de disposición final de basuras), escaso involucramiento ciudadano a la problemática ambiental, bajo nivel de notificación por parte de Servicios de Salud, flujo migratorio de la población afectada, el mal manejo del agua, así como la deforestación y la pérdida de biodiversidad pueden influir en un mayor riesgo de presentación de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV).

Los vectores afectan de manera diversa a la población masculina o femenina. Para el caso del paludismo la tendencia de los últimos años muestra una reducción significativa de casos, la mayoría de ellos provenientes del extranjero y con una mayor propensión a la población masculina (10 casos en el año 2011). La Leishmaniosis Visceral y Tegumentaria también, viene afectando más a la población masculina, sobre todo en estratos económicos medianos y bajos (64% y 72% de los casos, respectivamente); el **Chagas** afecta más al sexo femenino con un 54% del total de casos; y el Dengue presenta una leve diferencia en relación a los

⁵⁶ El **Dengue** es una enfermedad que es originada por el virus Dengue y se transmite por la picadura del mosquito **Aedes Aegypti**, que es una especie de mosquito culícido que puede ser portador del virus del Dengue y el de la Fiebre Amarilla, así como de otras enfermedades. Existen cuatro clases de virus del Dengue actualmente en Paraguay (DEN 1, DEN 2, DEN 3 y DEN 4). Posterior a la picadura del mosquito infectado de cualquiera de los virus del Dengue, la persona puede contraer la enfermedad hasta 15 días después. Tipo DEN 4: “Recientemente confirmado laboratorialmente en Paraguay en el mes de marzo del 2012, lo que no indica que con anterioridad no haya circulado pero no fuera identificado...”, Ministra de Salud, Dra. Esperanza Martínez y Dr. Julio César Manzur Caffarena, Director General, SENEPA, Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo; **Conferencia de Prensa**, emitida por Radio Cáritas, Miércoles 07 de marzo; Asunción, Paraguay.

hombres, afecta más a la población de sexo femenino (56%). En los últimos 25 años no se ha reportado ningún caso de Esquistosomiasis en el país.

En cuanto a Leishamiosis Tegumentaria en el período 2008-2011 se presentaron un total de 1.088 casos. En el caso de Leishmaniosis Visceral se presentaron 402 casos durante dicho período.

En el caso de la enfermedad de Chagas, en el año 2009 se presentaron 450 casos; en el año 2010, 286 casos; y en el año 2011, 756 casos.

Al la fecha de la evaluación, la institución no ha realizado análisis diferenciado del tipo de impactos que tiene la enfermedad en función del sexo de las personas, o en función de los rangos de edad. Tampoco se ha incorporado el enfoque de género en la definición de la población potencial y objetivo del programa.

3.1.2. Lógica Vertical de la Matriz de Marco Lógico

La matriz cuenta con descripción del objetivo a nivel del fin en tanto que define el mismo como: “Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población”⁵⁷. Dicho fin está en sintonía con la Misión que persigue el Plan Estratégico del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para el período 2009-2013⁵⁸.

El propósito del sub-programa está asociado al problema o necesidad central que se identificó en la formulación original del Programa que es la Reducción y Control de la Transmisión de las Enfermedades Transmitidas por Vectores. El equipo evaluador considera que la definición del propósito es adecuado.

En términos presupuestarios el sub-programa ha sido concebido con un único componente el cual es: “control y vigilancia de enfermedades transmitidas por vectores”, y de hecho los informes presupuestarios que SENEPA ha presentado al Ministerio de Hacienda en el período de la evaluación (2008-2011) toma únicamente dichos elementos.

La matriz del Marco Lógico al que el equipo evaluador tuvo acceso define de manera inadecuada los componentes, ya que identifica las actividades de Prevención, Promoción y Recuperación como los componentes, y en realidad, los componentes lo constituyen cada uno de los cinco subprogramas a través de los cuales opera la institución. Estos cinco componentes son: Sub-programa Nacional de Control Vectorial del Dengue, Sub-programa Nacional de Control del Paludismo, Sub-programa Nacional de Control de las Leishmaniosis, Sub-programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas y Sub-programa de Vigilancia y Control de la Esquistosomiasis. De la misma manera, el propósito general es lo suficientemente amplio para abarcar a cada uno de los subprogramas y por lo que no era necesario definir un propósito por cada uno de los subprogramas⁵⁹.

⁵⁷ Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo *Ficha de Antecedentes del Programa para la Preparación del Marco Lógico de SENEPA*. SENEPA, Taller de Elaboración del Marco Lógico y Construcción de Indicadores de Desempeño, Organizado por la Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Asunción, 22, 23 de Noviembre, 2011.

⁵⁸ Según el Plan Estratégico 2009-2013 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Misión del Ministerio es: “Un Ministerio de Salud líder del Sistema Nacional de Salud, que promueve desde un enfoque de derechos humanos, de territorios sociales y de determinantes sociales de la salud-enfermedad, un modelo de atención en salud orientado a garantizar el acceso universal, la gratuidad, la equidad, la participación social, la calidad y calidez de atención. Que promueve la calidad de vida con otros actores y sectores del desarrollo socio-económico. Que organiza, coordina, articula e integra las redes de atención, de tal forma a favorecer la capacidad resolutiva y que cuenta con equipos de trabajo promotores y respetuosos de la dignidad del ser humano”. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Plan Estratégico 2009-2013. Mimeo. Diciembre 2009. 58 pp.

⁵⁹ Dicha matriz de marco lógico fue elaborada en un taller del que participaron técnicos del Ministerio de Hacienda y algunos directivos de SENEPA, los días 22 y 23 de noviembre del 2011.

Al estar los componentes (Promoción, Prevención y Recuperación) definidos de manera poco acertada, las actividades diseñadas no son las suficientes ni las necesarias para producir los componentes.

En el caso del Subprograma Malaria (Componente 1), si bien los logros en la reducción de la enfermedad son altamente significativos, las actividades de promoción definidas en la matriz (charlas, talleres de capacitación; y talleres de actualización en las zonas regionales de SENEPA), son insuficientes sí se pretende llegar a un público más amplio y si se quieren hacer sostenibles los logros alcanzados por el Subprograma hasta hoy; aunque en los Planes Operativos Anuales suelen encontrarse otras actividades que se presentaran en el capítulo 3 en la sección de Eficacia y Calidad del Programa (sección 3.1 Desempeño del Programa en cuanto a la cuantificación del nivel de producción del Componente). Sin embargo, consideramos que hacen falta actividades que vinculen de manera más activa y permanente al SENEPA con el Programa de las Unidades de Salud de la Familia⁶⁰, debido a que desde fines del 2008, es la forma que ha tomado el nuevo modelo de Salud en el país, sustentado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud. Este relacionamiento y/o vinculación debe tener su sustento tanto en actividades relacionadas con Promoción, Prevención como Recuperación.

En el caso del Subprograma **Dengue** (Componente 2), en el ámbito de la promoción, la matriz no da cuenta de ninguna acción en este sentido; aunque nuevamente al revisar los Planes Operativos Anuales sí se encuentran definidas una serie de acciones relacionadas con esta actividad. En la matriz de evaluación, podría decirse que en la actividad número 5 (monitoreo de las acciones de comunicación para el cambio de conducta) se podría encontrar elementos para este componente, pero es necesario definirlos de manera más precisa como por ejemplo las actividades de articulación con otros actores, los espacios de coordinación y definición de líneas de trabajo compartido; las acciones educativas llevadas a diversos sectores, etc.

En cuanto al Subprograma **Leishmaniosis** (Componente 3), hacen falta desarrollar actividades de promoción con diversos actores sociales y no únicamente a nivel de las escuelas. De nuevo, la vinculación con las USF se vuelve una actividad de primer orden en cuanto a la detección de enfermos; indicaciones para el rociado de las viviendas; capacitación en salud, etc.

En el Subprograma **Chagas** (Componente 4), el plan de capacitación y charlas en zonas endémicas requiere ser definido de manera más precisa en la matriz de evaluación indicando tiempo, lugar, población o grupo social al que está dirigido, etc. De nuevo en los Planes Operativos Anuales se definen de mejor manera dichas acciones.

En el Subprograma **Esquistosomiasis** (Componente 5), si bien hasta la fecha no se ha presentado un solo caso de dicha enfermedad en los últimos 25-30 años^{61, 62}.

⁶⁰ Las Unidades de Salud de la Familia (USF) es el mecanismo operativo a través del cual se implementa la Estrategia de Atención Primaria en Salud en el Paraguay. Las USF se constituyen en la puerta de entrada preferente al Sistema Nacional de Salud. Un equipo de USF posee la capacidad de cubrir una población de 3.500 a 5.000 personas. En la actualidad existen un poco más de 700 USF que permiten tener una cobertura de un poco más de 3.000.000 de habitantes. Al lector interesado en profundizar el trabajo que realizan las USF se le recomienda leer: Ministerio de Hacienda-Dirección General de Presupuesto. Departamento de Control de Ejecución y Evaluación Presupuestaria. Informe Final de Evaluación. Programa Unidades de Salud de la Familia. Junio 2011. Mimeo 139 pp.

⁶¹ En entrevista personal con el Sr. Alfredo Guido, Jefe del Programa Nacional de Vigilancia y Control de Esquistosomiasis –PNVE, fue en el año 1983 cuando se presentaron 3 casos en pacientes de origen Brasileño que trabajan en la construcción de la hidroeléctrica de Itaipú, pero casos nacionales no ha habido. Entrevista martes 28 de febrero 2012 en la ciudad de Encarnación.

⁶² Actualmente en el Paraguay no se han reportado casos de Esquistosomiasis aunque sí se conocen de casos en los países vecinos (Brasil y Argentina). Datos proporcionados por la Lic. Martha Torales; Jefa Departamento de Programas, SENEPA; **Entrevista realizada por el equipo evaluador**, Lunes 13 de febrero de 2012; Asunción, Paraguay.

En las actividades de **Prevención**, el SENEPA realiza una serie de acciones que tienen que ver con la construcción de un Sistema de Vigilancia Vectorial; la toma de muestras (en el caso de Paludismo, Chagas, Leishmaniosis y Esquistosomiasis); la investigación vectorial; el rociado de viviendas y/o control químico de los vectores; la detección de casos de Paludismo, Leishmaniosis y Chagas y su referencia a los servicios de Salud; la vigilancia comunitaria y las redes comunitarias de notificación; el análisis de zonas de riego; pruebas de efectividad y bioensayos; puesta en marcha de protocolos de intervención; destrucción de criaderos, etc.

A nivel de la matriz de evaluación, si bien SENEPA realiza las acciones de **prevención** mencionadas anteriormente, dichas actividades no quedan reflejadas de manera adecuada, esto se debería a que al definirse mal los componentes se dejaron vacíos importantes al momento de precisar las acciones por cada uno de los cinco subprogramas.

Los casos diagnosticados y tratados o recuperados de Leishmaniosis, Chagas y Paludismo se incluyen en el servicio de **Recuperación**. Aunque el SENEPA se orienta fundamentalmente al control de vectores, debido a que en el pasado reciente el 30% de la población paraguaya carecía de acceso a los servicios de salud, la institución se ha hecho cargo en buena medida del diagnóstico y tratamiento de personas que presentan enfermedades ocasionadas por estos tres vectores. En la actualidad con la emergencia del modelo de salud basado en la Atención Primaria en Salud, dichas acciones deberían de pasar a corresponderse con el trabajo que realizan los servicios de salud, en este caso con el trabajo de la red de Unidades de Salud de la Familia, y los otros niveles asistenciales de salud⁶³.

Consideramos que si bien la matriz cuenta con la descripción del objetivo a nivel de fin, el cual, como ya dijimos, está en concordancia con la Misión explicitada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; el propósito del Sub/programa está asociado al problema o necesidad central que se identificó en cuanto a Reducir y Controlar las enfermedades transmitidas por Vectores; los cinco componentes (o subprogramas) a través de los cuales SENEPA articula su respuesta hacia la sociedad paraguaya son necesarios, hace falta definir una serie de actividades relacionadas con prevención y promoción en cada uno de los componentes. Sí bien, en la actualidad SENEPA ya desarrolla actividades de coordinación con otros actores sociales, es necesario que dichas actividades aparezcan reflejadas en los Planes estratégicos y operativos de la institución a nivel de cada uno de los componentes.

Dado que el control de vectores pasa ineludiblemente por una serie de acciones a nivel del medio ambiente, la buena disposición de la basura, los sistemas de recolección de residuos, etc. las coordinaciones que se establecen tanto con las gobernaciones departamentales, como por la Secretaría del Ambiente, las municipalidades, etc. son de primer orden el establecimiento de acciones en la agenda de SENEPA. También lo son los procesos de articulación que se deben de establecer con las Unidades de Salud de la Familia, en tanto un buen número de acciones que tienen que ver con Prevención, Promoción y Recuperación se relacionan en este momento con dichas estructuras a nivel de las 18 Regiones Sanitarias.

⁶³ La dotación de servicios de salud en el país se caracterizó por cubrir a un 65-70% de la población; usualmente con una fuerte concentración de los servicios a nivel urbano, y un persistente déficit a nivel rural, por lo que amplios sectores de población quedaban excluidos de los servicios de salud, sin acceso a medicamentos, laboratorios, recursos humanos, etc. Banco Mundial. Departamento de Desarrollo Humano. Región de América Latina y el Caribe. *Prestación de Servicios de Salud en Paraguay. Una evaluación de la calidad de la atención, y las políticas de recursos humanos y de aranceles para los usuarios*. Mayo 24, 2005.

De la misma manera, se hace necesario definir actividades específicas de promoción y prevención por cada uno de los vectores a los que se orienta el trabajo de SENEPA dentro de la Matriz de Marco Lógico, dado que en varios de los Planes Operativos Anuales, ya se hace dicho desglose de acciones. De nuevo, si bien muchas de dichas acciones son realizadas por el personal de SENEPA, las mismas no aparecen en la matriz de evaluación.

En la actualidad los 5 subprogramas (componentes) son provistos y desarrollados por SENEPA y no se justifica su ejecución por parte del sector privado.

3.1.3. Lógica Horizontal de la Matriz de Marco Lógico

Cabe destacar que además de la revisión del Marco Lógico y Ficha de antecedentes del Programa se han revisado los Planes Operativos Anuales y su nivel de cumplimiento como parte del proceso de Evaluación Externa a los resultados de los cinco Sub-programas nacionales que implementa el SENEPA, durante el período comprendido entre los años 2008 al 2011. El objetivo de esta revisión de Seguimiento de Desempeño es el de generar información oportuna, independiente, pertinente y confiable respecto de los resultados del Programa evaluado, como un insumo para perfeccionar la gestión de los mismos y para posteriores decisiones en materia de asignación y uso de recursos a los Programas.

Con relación a la lógica horizontal de la Matriz de Marco Lógico, la Matriz no presenta indicadores, ni medios de verificación ni supuestos tanto para el logro del Propósito como para el logro del Fin. Sí presenta indicadores para las actividades de Promoción, Prevención y Recuperación.

De nuevo se presenta el problema que al haber sido definidos como componentes las actividades de Promoción, Prevención y Recuperación, los indicadores definidos para ver el grado de avance en cada uno de los cinco subprogramas son insuficientes.

Si bien, como ya se mencionó en el apartado anterior, SENEPA realiza una serie de actividades de promoción, implementación planes de CCC⁶⁴ para Paludismo enfocado a poblaciones afectadas⁶⁵; dar respuesta a los pedidos de capacitaciones a instituciones públicas y privadas, comisiones vecinales, según necesidad; educación comunitaria a través de medios masivos de comunicación; charlas educativas en instituciones educativas, comisiones vecinales, grupos organizados; entrevistas radiales y televisivas; divulgación de información por medios escritos; producción de materiales didácticos de uso popular sobre los vectores y las enfermedades producidas por los mismos; estrategias de movilización de actores para actividades de promoción y prevención, etc.); la matriz de Marco Lógico recogió muy escasamente dichas acciones, por lo que las mismas aparecen sub-representadas en la Ficha matricial, no presentando los indicadores que permitirían hacer un seguimiento más completo a las actividades desarrolladas por la institución.

En cuanto a la construcción de indicadores que permitan medir las dimensiones de: eficacia, calidad, eficiencia, y economía, la matriz básicamente se construyó con indicadores que

⁶⁴ CCC: Comunicación para el cambio de conducta, *Ficha de Antecedentes del Programa para la Preparación del Marco Lógico de SENEPA*. Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo. SENEPA, Taller de Elaboración del Marco Lógico y Construcción de Indicadores de Desempeño, Página 4, Organizado por la Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Asunción, 22, 23 de Noviembre, 2012.

⁶⁵ *Ficha de Antecedentes del Programa para la Preparación del Marco Lógico de SENEPA*. Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo. SENEPA, Taller de Elaboración del Marco Lógico y Construcción de Indicadores de Desempeño, Página 4, Organizado por la Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Asunción, 22, 23 de Noviembre, 2012.

midieran eficacia. En el ámbito de la **promoción** se centró en el porcentaje de capacitaciones realizadas en el año sobre el número de capacitaciones planificadas en el año.

En el ámbito de la **Prevención**, de nuevo se definieron indicadores para medir eficacia (porcentaje de muestras examinadas y diagnosticadas en el año, sobre el porcentaje de muestras planificadas; porcentaje de viviendas rociadas en el año sobre el porcentaje de viviendas programadas en el año; porcentaje de intervenciones de vigilancia realizadas en el año sobre el número de intervenciones de vigilancia programadas; porcentaje de investigaciones entomológicas realizadas en el año sobre el número de investigaciones entomológicas programadas en el año).

En cuanto a los indicadores que permiten medir eficacia, consideramos que un esfuerzo importante que debe realizar el programa es medir cuál es el grado de cumplimiento de los objetivos, a cuántos usuarios o beneficiarios se entregan los bienes o servicios, qué porcentaje corresponde al total de usuarios.

No se definieron indicadores de calidad en cuanto a la realización de las tareas o trabajos en el mejor tiempo posible y con el mejor uso de los recursos. Tampoco se realizaron indicadores que midan la calidad de los servicios ofrecidos en cada uno de los componentes evaluados.

En el ámbito de los indicadores de economía se definió únicamente el porcentaje del presupuesto ejecutado con respecto al plan financiero asignado en enero del año t; así como el porcentaje del presupuesto ejecutado con respecto al plan financiero asignado en diciembre del año t. Si bien ambos indicadores nos permiten acercarnos a la capacidad que tiene SENEPA de ejecutar su presupuesto, consideramos que los mismos son aún insuficientes para brindar un mejor nivel de análisis sobre el uso de los recursos asignados.

Dado que el presupuesto actual de SENEPA está construido sobre la base de dar cuenta sobre un único Propósito (Reducir y Controlar las enfermedades transmitidas por Vectores), y en función global de actividades de Promoción, Prevención y Recuperación, en el momento actual es muy difícil realizar análisis relacionados con el costo que tienen las intervenciones en cada uno de los cinco componentes (control de 5 vectores) con los cuales la institución trabaja en su control. Se hace difícil también realizar estimaciones sobre los niveles de inversión a nivel departamental, según los niveles de afectación que los mismos sufren por el tipo de vectores que les afectan.

El proceso a nivel de indicadores mide el desempeño de las actividades vinculadas con la ejecución o forma en que el trabajo es realizado para producir los bienes y servicios. Se establecieron los siguientes indicadores de proceso en la Matriz. El producto son los bienes y servicios de manera cuantitativa producidos y provistos por un organismo público o una acción gubernamental. Se establecieron los siguientes indicadores de producto en la matriz del Marco Lógico.

Producto:

- Porcentaje de muestras examinadas y diagnosticadas en el año t por el total de muestras programadas para el año;
- Porcentaje de investigaciones entomológicas realizadas en el año t, por el total de investigaciones programadas para el año;
- Porcentaje de viviendas rociadas en el año t, por el total de viviendas planificadas a ser rociadas en el año;

- Porcentaje de intervenciones de control realizadas en el año t sobre el total de intervenciones de control programadas en el año;
- Porcentaje de capacitaciones realizadas en el año t sobre el total de capacitaciones programadas para el año.

Si bien se han definido los medios de verificación para los diferentes componentes como prevención, promoción y recuperación, en tanto los diversos formularios y planillas utilizadas y existentes en SENEPA:

- Planillas de rociados R6.
- Informes mensuales de las zonas.
- Fichas de notificación de casos.
- Planillas IIL 1 y 2.
- Planillas de registro de viviendas,
- Planillas Ep 19.
- Ficha de notificación de Síndrome febril agudo.
- Planilla EP1 y EP2, planillas de asistencia,
- Informe de charlas, talleres realizados,
- SENEPA 34, EPI,
- Sistemas Siaf, SICO y SIPP.

En términos generales, podemos decir que los medios de verificación existen y permiten identificar los indicadores definidos en la Matriz de Evaluación para los componentes de prevención, promoción y recuperación. Sin embargo, SENEPA cuenta con una serie de registros que pueden dar cuenta de los logros que el programa alcanza en otros aspectos, por eso se hace necesario desarrollar otra serie de indicadores, como los mencionados anteriormente (relacionados con eficiencia, economía y calidad de los servicios), que permitan tener un mejor nivel de análisis de los resultados que el programa alcanza.

Los medios de verificación para medir el fin y el propósito del Programa no fueron definidos, por lo que no se puede evaluar los mismos. En la matriz de marco lógico existen indicadores adecuados pero no suficientes para medir las cuatro dimensiones: eficacia, calidad, eficiencia y economía. No se definieron metas.

3.1.4. Reformulaciones del Programa a nivel de Diseño

Durante el período evaluado, el Programa no ha tenido reformulaciones significativas, más bien se han realizado diversas inversiones tanto en recursos humanos como en recursos materiales para desarrollar de mejor manera los componentes.

3.2. Organización y Gestión del Sub/Programa

3.2.1 Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Organización y Gestión del Programa

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN AL INTERIOR DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE.

A. Estructura Organizacional

En el momento actual, la estructura organizacional a nivel central es adecuada a las nuevas demandas que va planteando la implementación de cada uno de los componentes. Con la emergencia provocada por las constantes epidemias de Dengue en el país, el Sub-programa ha tenido que ir adecuándose a un mejor y mayor desarrollado, lo que lo ha llevado a la incorporación de nuevos recursos humanos y la dotación de equipos e insumos estratégicos para la realización de las labores que deben desempeñar.

El SENEPA en su estructura cuenta con una Dirección General, dos Direcciones (Técnica y Administrativa), 12 Departamentos tanto técnicos como administrativos, más de 40 Secciones, 18 Zonas Operativas, 1 Laboratorio de Referencia Nacional de Entomología, 7 Unidades de entomología zonales (Alto Paraná, Canindeyú, Itapúa, Caaguazú, Cordillera, San Pedro Sur y Concepción), 1 Laboratorio de Malaria de Referencia Nacional y 19 Unidades de diagnóstico Zonales distribuidos por todo el país⁶⁶.

La estructura organizacional que presenta SENEPA es de una institución vertical, desconcentrada con 18 zonas operativas funcionando en cada uno de los departamentos de la república y en la ciudad de Asunción.

A nivel central el equipo conformado por el Director General, las Direcciones Técnicas y los Directores de los Subprogramas desarrollan las diversas tareas de coordinar los procesos de intervención de la institución, mismos que se derivan de las planificaciones realizadas a nivel de las zonas operativas.

Los componentes son desarrollados en función de una planificación regional (zonal), que define las prioridades según la incidencia de los vectores, la extensión de la región y el número de localidades que se deba atender.

La institución realiza periódicamente ejercicios de mapas de riesgo, así como escenarios previsibles ante la posibilidad de epidemias, lo que le permite prepararse anticipadamente con los insumos y materiales que requerirá el trabajo durante el año.

Los mapas de riesgo para Dengue se realizan normalmente en forma semanal, mediante la actualización de situación en cuanto a número de casos que realiza la Dirección General de Vigilancia de la Salud todos los viernes y según la situación epidemiológica. Durante los períodos de epidemias, los análisis de situación suelen hacerse semanalmente, sobre todo en el caso del Dengue. En cuanto a mapas de riesgo según los índices vectoriales, los levantamientos de datos se hacen cada 2 meses, o sea, se actualizan 6 veces al año, a través de la medición de los índices de infestación larvaria. Para Leishmaniosis, recién ahora se está implementando el análisis con mapeo de áreas de riesgo, y para ello se tiene en cuenta los datos totales del periodo 2008 - 2011. Para Malaria los mapas de riesgo se actualizan cada 5 años. Todos estos análisis y plazos son realizados de ésta manera debido a la epidemiología de cada enfermedad o según sí hay algún brote epidémico. El equipo evaluador considera que los procedimientos son los adecuados.

En cuanto a la evaluación realizada por OPS relacionada con la Enfermedad de Chagas, es importante que la información relacionada con el vector que produce la enfermedad de Chagas; así como los índices de incidencia de la enfermedad sean conocidos por la población.

⁶⁶ MEMORIA 2011, SENEPA, Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo, Material facilitado por los Responsables del SENEPA a evaluadores, durante el acto de presentación del Programa “Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores”, Organizado por la Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda y SENEPA, Asunción, Viernes 27 de Enero, 2012.

En la actualidad el Ministerio de Salud viene realizando una cooperación técnica con Médicos Sin Fronteras y se ha encontrado que en algunos departamentos, sobre todo los relacionados con el Chaco, la incidencia de enfermedad chagásica es un poco superior a los datos estimados por el SENEPA.

Si bien son los servicios de salud los que son responsables del manejo de los pacientes con enfermedad de Chagas, es importante que el Ministerio de Salud Pública fortalezca mejores y mayores niveles de búsqueda activa de pacientes. En este sentido, la Unidades de Salud de la Familia podrían jugar un rol más protagónico en campañas de prevención y promoción de la salud relacionadas con las enfermedades producidas por vectores, pero debe de definirse de manera adecuada la articulación y coordinación de acciones entre las USF y el personal de SENEPA.

A partir del incremento de su presupuesto, SENEPA ha logrado ir superando progresivamente la falta de recursos disponibles en el área de transporte y recursos humanos para hacer frente a la demanda que genera el control del vector ante situaciones de emergencia o epidemia. Aun cuando todavía falta desarrollar una mayor dotación de recursos hacia algunas regiones (sobre todo en los departamentos en donde se manifiesta la presencia de vectores relacionados con Chagas y Leishmaniosis, léase departamentos de Boquerón, Alto Paraguay, Presidente Hayes, y Canindeyú), de a poco, SENEPA ha ido mejorando la situación deficitaria que presentaba en la dotación de recursos humanos para el control de dichos vectores.

A nivel de las regiones sanitarias se han ido desarrollando las UER (Unidades Epidemiológicas Regionales), las que si bien no están conformadas por personal de SENEPA, posibilitan en el momento actual un mayor nivel de articulación y de manejo de casos ante situaciones epidémicas.

B. Mecanismos de coordinación y asignación de responsabilidades y funciones.

Si bien el equipo evaluador no tuvo acceso a los manuales de funciones y de procedimientos de la institución, en tanto los mismos se encontraban en revisión como resultado de una consultoría anterior; luego de las visitas de campo, las entrevistas con los directivos y personal operativo de la institución; y luego de revisar los Planes Operativos Anuales y las estrategias de trabajo por componentes; consideramos que los mecanismos de coordinación a nivel de la institución cumplen de manera adecuada su cometido. Desde el trabajo de dirección y conducción institucional que realiza el equipo de Alta Gerencia; pasando por los dos equipos de Dirección Técnica, más el equipo de Dirección Administrativa y los procedimientos operativos, la institución desarrolla en la práctica mecanismos de coordinación y de asignación de responsabilidades de manera adecuada.

C. Gestión y Coordinación con programas relacionados

Con el surgimiento a nivel de cada una de las regiones sanitarias de la Unidad Epidemiológica Regional (UER), instancia que dependen directamente de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS), y los procesos de coordinación y articulación de acciones establecidos por los Directores Regionales y la DGVS se ha avanzado en mejorar no sólo la captación de datos de personas con síntomas febriles a nivel de los servicios de salud, cuya notificación a las UER, a la DGVS y a SENEPA, lo cual debe acontecer en las primeras 24 horas de su detección, constituye un avance importante en los procesos orientados al control del Dengue. La constatación de diagnósticos vía laboratorial sobre todo para casos sospechosos de Dengue (entre 3 a 5 días); el establecimiento de protocolos específicos de manejo de casos de dengue y dengue grave con sus respectivos fluogramas de atención han sido pasos positivos en lograr un mejor manejo de pacientes; a la par del establecimiento de Centros de Referencia Nacional para aquellos casos de pacientes que presentan complicaciones y riesgos para su vida; en este sentido, el Ministerio de Salud Pública ha trabajado de manera responsable en ir desarrollando los diversos mecanismos que se requieren para contener las epidemias relacionadas con el Dengue.

Como resultado de la detección oportuna de casos febriles y la sospecha de Dengue ha generado acciones relacionadas con el bloqueo químico de los vectores y el rociado de viviendas, que permiten tener mayores efectos en el control de dicho vector.

A nivel regional, el Jefe de Zona de SENEPA, y los equipos sectoriales coordinan actividades con la Región Sanitaria y con las Unidades Epidemiológicas Regionales. Estos espacios de Gestión y de Coordinación han pasado a ser centrales en el control de vectores, sobre todo en el último año, en cuanto han permitido una mejor articulación y coordinación de acciones en el combate contra el Dengue.

Tal como ya lo mencionamos anteriormente, la implementación y rendimiento a nivel local depende en buena medida de la capacidad y calidad de los equipos que se han conformado a nivel local; así como de los apoyos que reciben tanto de las autoridades sanitarias regionales como centrales y de las otras instancias comprometidas con los diferentes Programas. De esa cuenta, como pudo ser constatado en las visitas de campo, los procesos de coordinación y articulación de acciones suelen estar supeditados a la calidad de gestión y conducción de las autoridades regionales.

En términos generales, durante las visitas de campo pudimos constatar que el trabajo de coordinación y articulación entre los Jefes de Zona de SENEPA y los Directores Regionales

de los Servicios de Salud se realizaban en un clima de mucho respeto y cooperación mutua; a la par de estar adecuadamente orientados a la satisfacción de las necesidades de la población.

También se suelen realizar actividades de coordinación con los responsables regionales de las Unidades de Salud de la Familia, aunque estas reuniones suelen no ser tan frecuentes, en casos de epidemias suelen incrementarse en número. En los últimos meses se habían incrementado el número de reuniones ante el establecimiento de flujogramas claros y precisos para el manejo de pacientes con Dengue y los procedimientos a seguir según los estadios por lo que se atraviesa a lo largo del período que dura la enfermedad.

En el último año se habían establecido una serie de encuentros y jornadas de capacitación para el manejo de casos de pacientes con dengue y se habían discutido los protocolos y flujogramas de trabajo relacionados con el manejo de los pacientes.

SENEPA también articula acciones con personal de los laboratorios regionales o distritales, sobre todo para las pruebas laboratoriales relacionadas con los diagnósticos de Leishmaniosis Visceral y Chagas Congénito. En el caso de Malaria hasta muy recientemente ha sido el personal de SENEPA el que realiza los estudios de gota gruesa; al igual que en el diagnóstico de Leishmaniosis Tegumentaria, la prueba de Montenegro es realizada por el personal de SENEPA. En cuanto al Dengue, dado que el manejo de los pacientes se da a nivel de los Servicios de Salud, SENEPA no toma parte en los estudios clínicos ni laboratoriales. En el caso de los procedimientos laboratoriales relacionados con Esquistosomiasis, SENEPA cuenta con sus propios laboratorios y los estudios son realizados en dichas áreas.

También se dan relaciones de coordinación y gestión con autoridades del Instituto del Seguro Social con el fin de definir acciones de trabajo en el control de epidemias. Últimamente sobre todo en el manejo de las mingas ambientales y en el manejo de casos de pacientes enfermos de dengue.

Se habían fortalecido las acciones de coordinación con autoridades departamentales y municipales, aunque las mismas presentan niveles dispares, dependiendo del interés y la motivación que tengan las autoridades locales para sumarse a los esfuerzos de salud. En las visitas de campo pudimos encontrar esfuerzos importantes de parte de las autoridades municipales como lo fue en los casos de Presidente Franco, Ciudad del Este, Caacupé, Horqueta y otros distritos, que en buena medida también respondían a una situación prolongada de afección por parte del Dengue, pero en otros lugares no encontramos la misma respuesta.

En cuanto a la integración de los gobiernos departamentales y municipales dentro de la Estrategia de Gestión Integrada, hace falta desarrollar una línea de trabajo específica dentro de cada uno de los Sub-programas Nacionales de SENEPA que aborde de manera integral este aspecto. En este sentido, la Ley Orgánica Municipal abre un abanico de posibilidades para poder realizar esta recomendación, en tanto establece la responsabilidad de las municipalidades de desarrollar Planes específicos en Salud y Educación; así como de conformar los Consejos Municipales de Salud y trabajar en la protección y cuidado del medio ambiente. En tanto no se definan líneas específicas de trabajo de coordinación en esta área y se asigne personal directivo por parte del Ministerio de Salud y específicamente por parte de SENEPA en la realización de dicho trabajo, muy poco se avanzará porque quedará en el ámbito del interés que muestren los intendentes y no de una actuación pro-activa de SENEPA.

Si bien las mingas ambientales, con participación de amplios sectores de la sociedad muestran un crecimiento sostenido en el tiempo; es importante insistir que las municipalidades y gobernaciones departamentales deben jugar un rol protagónico en la conducción de este tipo de actividades en función de ser los funcionarios que han sido electos por la población para la conducción de la actividad pública local. En este sentido, en diversos municipios y departamentos SENEPA ha jugado un papel importante en acompañar este tipo de acciones; sin embargo, SENEPA no ha logrado sistematizar dichas experiencias y establecer de manera adecuada los procesos que deberían seguirse en la articulación con otros actores. En este aspecto deberá trabajarse más arduamente en el futuro.

En términos generales podemos mencionar que las autoridades de SENEPA han mejorado sus capacidades de coordinación y de articulación de acciones a nivel local sobre todo en lo que se refiere al manejo del Dengue y Malaria. Sin embargo, consideramos que hace falta desarrollar un mayor número de acciones en la coordinación de acciones a nivel local con relación al manejo y control de los otros vectores.

D. Mecanismos de participación ciudadana

Tal como hemos mencionado anteriormente, los equipos zonales de SENEPA, al igual que el equipo central promueven una amplia participación de la población tanto en actividades de promoción como en actividades de prevención.

A partir de amplias campañas de sensibilización que se han realizado hacia la ciudadanía, en el caso del manejo del Dengue, un número importante de personas han participado de manera amplia en el desarrollo de mingas ambientales. También la población ha participado en la detección de casos de personas con síntomas febriles.

En el caso del componente Malaria, la red de colaboradores voluntarios para el diagnóstico y tratamiento ha sido muy importante, aunque en el momento actual ante el número cada vez menor de casos, dicha red tiene una menor participación que en el pasado.

A nivel de las instituciones, SENEPA ha logrado que organismos como las municipalidades y/o gobernaciones se sumen al esfuerzo de divulgar información, a la par de trabajar en la destrucción de criaderos de mosquitos relacionados con la transmisión del dengue.

En el caso de control de Leishmaniosis y Chagas, los mecanismos de participación ciudadana son escasos; y se limitan a la detección de la enfermedad y/o a la captura de la Vinchuca.

Tanto los mecanismos de participación estimulados alrededor del combate a la Malaria o al dengue han permitido ir articulando a diversos miembros de las comunidades en una participación más activa en el control de los vectores. En el caso de Malaria los resultados son ampliamente favorables y prueban la disminución significativa de casos de enfermedad; en el caso de Dengue, sí bien el número de casos ha ido presentando incrementos en los últimos 3 años; los resultados de trabajo comunitario reflejan un mayor nivel de involucramiento de los ciudadanos en acciones relacionadas con la limpieza del ambiente y la destrucción de criaderos, como lo prueba la realización de 1.864 mingas ambientales en los últimos dos años en distintas regiones del país. En el caso de Leishmaniosis y Chagas hace falta un impulso mayor a dichos mecanismos.

3.2.2. Criterios de focalización y selección de beneficiarios de los componentes

SENEPA ha definido los mecanismos de focalización basados en mapas de riesgo según presencia de vectores en las regiones y en la construcción de escenarios ante riesgo de

epidemias. De esta manera se tienen mapas de riesgo para dengue, lo cual ha permitido categorizar y asignar criterios de riesgo según zonas de alto, mediano y bajo riesgo, según hemos podido ver anteriormente. Dado que las epidemias de dengue en los últimos años han cubierto prácticamente todo el territorio nacional, la asignación que hace la institución de que el servicio debe ser ofrecido a toda la población paraguaya, es correcta.

En el caso de Malaria, dada la significativa disminución de la enfermedad en los últimos años (10 casos en el año 2011), la focalización del trabajo en los departamento de Alto Paraná, Caaguazú y Canindeyú también es correcta, aunque la cifra de población que podría ser afectada se relaciona con la totalidad de la población rural de dichos 3 departamentos (578.322); la misma debería de ser revisada y ajustada a las condiciones actuales que presenta el vector y a las características significativamente menores de manifestación de enfermedad, es decir, podría aún mejorarse los criterios de focalización hacia las zonas en donde se han ido presentando los casos o presencia del vector, lo que requeriría una actualización de las zonas de riesgo.

En cuanto a la situación presentada por Leishmaniosis Visceral, SENEPA identifica a la totalidad de la población paraguaya como beneficiarios directos de su acción, pero el componente necesita ser ajustado, dado que como hemos reportado anteriormente, diversos estudios mencionan un 30% de presencia del agente causal en perros en las zonas en donde se ha puesto de manifiesta la enfermedad. La existencia de un número amplio de reservorios caninos, con mayor incidencia en los departamentos Central, Paraguarí, Caaguazú, San Pedro, Cordillera, Itapúa y Alto Paraná. Esta situación requiere de mejorar los criterios de focalización; así como en el caso de Leishmaniosis Tegumentaria, cuyas características se presentan más en ambientes rurales (Concepción y Canindeyú). Dado que para Leishmaniosis recién ahora se está implementando el análisis con mapeo de áreas de riesgo, es fundamental que se tome en cuenta las actividades de coordinación con el Programa Nacional de Centro de Zoonosis, de quien depende finalmente las acciones de control de los reservorios caninos.

Las Regiones mayormente afectadas por Chagas se encuentran en el departamento de Presidente Hayes (Chaco Central), Boquerón así como en Concepción, Cordillera, San Pedro y Paraguarí. La población estimada como beneficiaria de los servicios de SENEPA asciende a 1.240.570 personas; hecho que nos parece importante en tanto que ubica de manera adecuada a la población en riesgo; aunque por las características del vector, el mismo tiende a vivir en zonas más rurales y en viviendas de construcción de paja y materiales de adobe; en la medida en que las casas se construyen con otros materiales (ladrillo, concreto, etc.), el vector tiende a desaparecer; por lo que se sugiere mantener un criterio de focalización más orientado hacia la población rural de dichos departamentos.

En el caso de Esquistosomiasis, al no haberse presentado ningún caso en los últimos 25 años, y al definir SENEPA una población beneficiaria de 617.992 habitantes (que es la población total de los distritos vulnerables: San Cosme, Cnel. Bogado, Carmen del Paraná, Cambyretá, Ayolas, Mbaracayú, San Alberto, Santa Fe del Paraná, Hernandarias y CDE); hace necesario que se revise detenidamente si se justifica seguir orientando recursos a una enfermedad que no ha tenido ninguna presencia, aunque en términos de vigilancia y detección precoz de posibles brotes, el trabajo ha sido constante (ante la existencia de casos de enfermedad en el lado brasileño).

Sí bien los mecanismos utilizados por SENEPA están sustentados epidemiológicamente y bajo estándares de los organismos internacionales relacionados con la salud (sobre todo los

estándares definidos por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, que son los entes que suelen asesorar de manera periódica el trabajo de SENEPA); es necesario realizar algunos ajustes sobre todo en los ámbitos relacionados con Leishmaniosis, Chagas y Esquistosomiasis.

El equipo evaluador considera que que los criterios de focalización del programa, en cuanto a la ubicación de zonas endémicas de las enfermedades es la forma correcta para realizar el trabajo.

3.2.3 Criterios de Asignación de Recursos, Mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago

En tanto que SENEPA es una institución vertical, desconcentrada pero no descentralizada, que opera a nivel zonal coincidiendo con las regiones sanitarias, y que los recursos se destinan en función de una Programación Anual por Zona, según las proyecciones para el siguiente año siguiendo un análisis de tendencias y de escenarios posibles de incidencia de los vectores.

Por ejemplo, dado que es el departamento de Alto Paraná, el departamento que ha presentado un mayor número de casos de Dengue, así como de Malaria, la asignación de recursos humanos mostrado en el apartado No. 9 del capítulo anterior (equivalente a un 17% del total de los funcionarios de la institución, con 178 funcionarios).

Sin embargo, es Capital la región que absorbe la mayor cantidad de recursos humanos, al estar ubicadas acá las oficinas centrales de SENEPA, el Laboratorio central entomológico, las Direcciones Generales; las direcciones de los subprogramas nacionales que son normativos y coordinación las acciones a nivel país, (con excepción de Esquistosomiasis, cuya Dirección está situada en el departamento de Itapúa); etc. Es aquí en donde se concentra el 34,3% de todos los recursos humanos de la institución (364 personas). Además en Capital y Central son los sitios con mayor incidencia de dengue y leishmaniosis visceral.

En orden de importancia le siguen, el departamento de Caaguazú con el 9,3% de los recursos humanos; el departamento Central con el 7,1%; Canindeyú con el 4,4%; San Pedro con el 4,3%; Concepción con el 3,6%; Cordillera 3%; Itapúa con el 2,6%; Paraguarí 2,5%; Amambay con 2,3%; Caazapá 1,9%; Guairá 1,9%; Misiones 1,4%; Presidente Hayes 1,4%; y Ñeembucú con 0,7%. Llama la atención que dos de los departamentos del Chaco (Alto Paraguay y Boquerón) no tienen asignado ningún recurso humano, siendo este último departamento uno en el cual la enfermedad de Chagas todavía sigue manifestándose de manera frecuente⁶⁷.

Dado que el Dengue en los últimos años ha manifestado una extensión hacia todo el territorio nacional y en los últimos años tanto el departamento Central, Asunción, como Alto Paraná han sido los más afectados, esto explicaría la razón por la cual en dichos tres departamento hay una mayor concentración de recursos humanos para hacer frente a la epidemia. Sin embargo, consideramos que SENEPA al haber definido la población objetivo de los componentes (aquellos a los que se ofrecen los servicios de la institución) no tiene el recurso humano suficiente para el control de los vectores, sobre todo en lo que se refiere al control de Chagas y de Leishmaniosis.

⁶⁷ El servicio cuenta con déficit presupuestario en el objeto del gasto 144 –JORNALES, hecho que le ha imposibilitado hacer frente al pago durante todo el ejercicio fiscal a los funcionarios con quienes cuenta actualmente. Además requiere incorporar al plantel un mayor número de funcionarios a fin de fortalecer las Zonas Operativas que cuentan con insuficiencia de Recursos Humanos,

En el momento actual no es posible hacer los cálculos de presupuestarios por cada uno de los 5 subprogramas nacionales (componentes) ni por departamento, debido a que en la actualidad la institución no procesa la información en dicha forma; y no se tiene la información desagregada de esa manera.

En el período de estudio, SENEPA ha utilizado la ficha fiscal para dar cuenta de la forma en la que utiliza los recursos, subdividiendo dicha utilización en las actividades de: Prevención, Promoción y Recuperación.

En el momento actual hacen falta definir criterios de monitoreo para el desempeño de los funcionarios, así como una estructura de incentivos orientada a la asignación de recursos hacia aquellas zonas que alcancen las metas establecidas.

Como hemos mencionado ya en el capítulo anterior, en la práctica los recursos materiales e insumos se concentran a nivel central y de allí se derivan hacia las regiones sanitarias y los subprogramas según lo establecido en la Programación Anual Operativa, por cada uno de los sectores y zonas en las que se encuentra dividido el trabajo y según las necesidades ocasionadas por alguna epidemia cuando la misma se presenta.

En cuanto a los recursos humanos se ha logrado un avance importante a través de la instalación de los equipos regionales, la flexibilidad que los mismos tienen para actuar, que consiste en el hecho de que sí un sector o zona diferente a la propia presenta una epidemia es posible trasladar por semanas o meses recursos humanos de otras zonas para que trabajen de manera activa en el combate de los vectores.

3.2.4. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la Unidad Responsable

Si bien las bases de datos disponibles con las que cuenta el programa permiten realizar un análisis sobre el nivel de eficacia del trabajo que realiza SENEPA (sobre todo en función de índices de cobertura de los servicios, número de viviendas rociadas, número de bloqueos realizados, número de muestras tomadas, etc.); hace falta recoger información que permita un mejor nivel de análisis a nivel de la eficiencia, economía y calidad del programa. En este sentido sería importante que los instrumentos recojan información relacionada con número y tipo de reuniones en los que participan los pobladores; número y porcentaje de hombres y mujeres participantes tanto en las actividades de promoción como de prevención; motivaciones o razones para la participación; nivel de involucramiento en desarrollo de actividades; etc.

La capacidad de SENEPA de producir información es importante, tal como ya lo mencionamos en un apartado anterior. Las bases de datos se actualizan de manera periódica (diariamente, semanalmente, mensual y anualmente). La información es analizada periódicamente y reportada a nivel del Boletín Epidemiológico de producción semanal y de publicación periódica en la página web de la institución.

Las bases de datos permiten cuantificar en buena medida, un buen número de indicadores de la matriz del marco lógico, tal como lo veremos en la sección III de este informe.

Ante el manejo de epidemias y el control de vectores, el sistema de seguimiento y evaluación de SENEPA genera información pertinente y oportuna que sirve a los tomadores de decisión para orientar el curso de las acciones a seguir.

Las evaluaciones realizadas al Programa han sido independientes pero requerirían una regularidad más frecuente, dado que a la fecha únicamente se han evaluado los componentes de Dengue y Chagas, y los otros componentes no han sido evaluados.

Las bases de datos disponibles incluyen información necesaria y suficiente sobre el comportamiento de los vectores. Las bases de datos son construidas a partir de la información que se recolecta en los distintos instrumentos y formularios de recolección de información ya mencionados en el apartado 6.7 de la sección anterior (instrumentos y procedimientos diseñados para cada componente del Programa). Las bases de datos son robustas, es decir cuentan con la información respectiva; aunque a la fecha no se han tomado criterios de género para realizar análisis desde esta perspectiva. Así mismo hace falta recoger y procesar de manera más precisa información relacionada con la participación comunitaria y los mecanismos de coordinación y articulación social a nivel local. En la actualidad no existen bases de datos que den cuenta de las actividades de Prevención (Mingas y Rastrillaje; reuniones de coordinación, Acuerdos; etc.); o Promoción (Charlas, talleres, reuniones de capacitación, etc.), a pesar de que en buena medida en los subprogramas se puede obtener información relacionada con dichas actividades.

Si bien las bases de datos se actualizan de manera periódica en los ámbitos de Chagas y Leishmaniosis hace falta una búsqueda más activa de los vectores y de los casos de enfermedad que provocan, esto tiene que ver con el escaso o nulo personal de SENEPA en algunos departamentos del país, sobre todo en el caso de los departamentos del Chaco, tal como ya se mencionó anteriormente⁶⁸. En el caso de Esquistosomiasis se cuenta con la información respectiva sobre los moluscos pero no ha habido ningún indicio de ninguna enfermedad durante los últimos 25 años; así que la información se utiliza únicamente para certificar que Paraguay es un país libre de Esquistosomiasis.

La información que genera SENEPA sirve para la toma de decisiones y las intervenciones prioritarias de los programas.

SENEPA, en su página web brinda la información respectiva sobre el comportamiento de las enfermedades y de los vectores de manera periódica (semanalmente). La población con acceso a internet puede realizar un seguimiento al comportamiento de dichas enfermedades a través de este medio. También a través de la información que SENEPA proporciona a los medios de comunicación se puede tener un balance de lo que está aconteciendo en el país alrededor de éstos cinco componentes.

La institución ha realizado anualmente un seguimiento de línea de base con indicadores adecuados que permiten medir el control que se ha logrado en el manejo de los vectores, así como en el control de las epidemias.

3.3. Eficacia y Calidad del Programa

3.3.1. Desempeño del Programa en cuanto a la Cuantificación del nivel de Producción de los Componentes:

⁶⁸ Esto se pudo constatar durante las visitas de campo realizados para esta evaluación. En el departamento de Boquerón la presencia de Vinchucas es mucho más alta que la que actualmente reporta el Subprograma, esto se sabe a raíz de un trabajo más extenso que ha venido desarrollando la organización Médicos Sin Fronteras. De la misma manera, ante la falta de reactivos para realizar estudios laboratoriales relacionados con Chagas congénito o leishmaniosis en varios de los centros de salud y hospitales visitados es muy difícil estimar los porcentajes reales de personas afectadas por la enfermedad.

El análisis del desempeño del Programa de SENEPA, en cuanto a la producción de sus componentes debe ser evaluado de manera diferenciada en cada uno de los cinco Subprogramas de Control.

Por ello se tomaron en cuenta para este análisis:

- Los **POA`s Técnicos**, que consisten en planillas que desglosan, los Resultados esperados, los Indicadores, las Fuentes de verificación, las Actividades, las Tareas, el Cronograma y los Responsables definidos por cada Sub Programa de Control específico. Cada Sub Programa cuenta con este documento una vez al año, en el inicio, como una guía de lo planificado para ese año.
- Los **Informes de Control y Evaluación, de los Ejercicios fiscales**, que reflejan los productos identificados y proyectados esperados, las unidades de medidas, las metas y el porcentaje de ejecución, para llegar a las metas institucionales previstas.
- Los **Informes Anuales de Gestión o Memorias** que fueron elaborados por SENEPA desde los años 2009 al 2011. Las Memorias institucionales de SENEPA, son elaboradas a fin de año y en las mismas se describen cada uno de los Programas técnicamente y se reporta lo alcanzado según los POA`s técnicos.

A continuación se describe la cuantificación del nivel de producción de cada uno de los cinco **Componentes o Servicios** que ofrece SENEPA, en forma de Sub Programas de Control de los períodos del 2008 al 2011:

SUB- PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL VECTORIAL DEL DENGUE – PNCVD

El **Sub-programa Nacional de Control Vectorial del Dengue – PNCVD** – cuenta como **Propósito** el contribuir a mantener baja la incidencia del Dengue en el Paraguay, para reducir la repercusión social económica de la enfermedad como lo establece la EGI Nacional (menos del 5% de Índice de Infestación según OMS/OPS).

La **Meta** es la Gestión Integrada y multisectorial Nacional, compromiso asumido en el Mercosur por un periodo de 5 años (2007-2011), como componente del control vectorial para la disminución de la morbilidad, mortalidad, repercusión socioeconómica del Dengue, así como prevenir epidemias de mayor magnitud.

Actividades de Promoción

Las actividades de **Promoción** en el **Sub Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue – PNCV**, son las acciones de IEC (Información, Educación y Capacitación) en el 2008 y el 2009 y las acciones de CCC (Componente Capacitación y Charlas) en el 2010 y 2011, así como la distribución de materiales didácticos.

Debido a que el hábitat del mosquito vector es principalmente peri e intradomiciliario y la limpieza en estos espacios es determinante, las familias son las responsables de la higiene dentro de las viviendas, por lo que es prioritaria la participación activa de los ciudadanos y de la comunidad en general. Por ello, la participación de la población es el complemento necesario a los esfuerzos de los gobiernos por lo que la información y concienciación a la población es necesaria para vencer la apatía y crear una cultura comunitaria que promueva normas de higiene específicas.

En el 2010, se concienció y comunicó a la población, sobre el uso y el destino final de cubiertas en desuso, como posibles criaderos de mosquitos, por lo que se elaboró la **Guía de usos alternativos de cubiertas en desuso**, contando con el apoyo financiero del OPS para la impresión⁶⁹. Además se procesó el Manual de Técnicas y funciones de la Red de Entomología, a través de un Taller de Entrenamiento sobre técnicas de entomología.

Tanto las **emisiones radiales**, como las **emisiones televisivas**, se realizan en diferentes medios de comunicación. Por medio de estas actividades se informa a la población sobre las medidas de **Prevención** que deben realizarse con relación al Dengue y otras patologías atendidas por el SENEPA, además de mencionar los diversos servicios que brinda SENEPA⁷⁰.

A continuación se reportan las actividades de **Promoción** que se realizaron entre los años 2008 al 2011.

⁶⁹ Informe Semestral de los Programas, año 2010, SENEPA.

⁷⁰ Informe Anual de Gestión (Memorias 2011), SENEPA.

Tabla N° 6 Actividades de Promoción, según diferentes actividades realizadas desde el año 2008 al 2011.

ACTIVIDAD	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	TOTAL
Entrevistas	10486	748	S/D	3.571	14.805
Charlas	213	3317	11917	2.979	18.426
Participantes	13 897	S/D	S/D	79.690	93.587
Radiales	288	S/D	972	1.140	2.400
TV	48	S/D	292	361	701
Materiales Educativos Repartidos	S/D	156.717	150.890	S/D	307.607

Fuente: Año 2008, Plan Operativo Anual, del Sub Programa Control Vectorial del Dengue; Año 2009, Informes de Control y Evaluación, de los Ejercicios fiscales remitidos trimestralmente al Ministerio de Hacienda; Años 2010 y 2011, Datos proporcionados a través Lic. Lourdes Felipa Zarate (Asistente Técnica del *Sub Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue – PNCVD*, de SENEPA.

Del total de actividades relacionadas con Promoción, fueron las charlas las que ocuparon una actividad constante del personal de SENEPA durante el período evaluado. Fueron las actividades realizadas en este ámbito las que permitieron que 93.587 personas recibieran información sobre los vectores, principalmente en lo relacionado con el Dengue. También SENEPA realizó diversas actividades de entrevistas, programas radiales y televisivos a fin de llegar a un público más amplio. En total en el período se repartieron 307.607 materiales educativos.

A continuación la cantidad de **Charlas** según procedencia en los años 2010 y 2011:

Tabla N° 7 Actividades de Promoción, **charlas**, según procedencia en los años 2010 y 2011.

Región Sanitaria	Departamentos	CHARLAS Año 2010*	CHARLAS Año 2011	TOTAL
I	CONCEPCION	38	132	170
II	SAN PEDRO NORTE	7647	336	7983
	SAN PEDRO SUR	1	8	9
III	CORDILLERA	S/D	154	154
IV	GUAIRA	1	2	3
V	CAAGUAZU	1954	S/D	1954
VI	CAAZAPA	54	707	761
VII	ITAPUA	38	167	205
VIII	MISIONES	118	182	300
IX	PARAGUARI	34	38	72

X	ALTO PARANA	502	793	1295
XI	CENTRAL	S/D	S/D	S/D
XII	ÑEEMBUCU	S/D	6	6
XIII	AMAMBAY	1350	S/D	1350
XIV	CANINDEYU	25	140	165
XV	PRESIDENTE HAYES	3	4	7
XVI	ALTO PARAGUAY	S/D	S/D	S/D
XVII	BOQUERON	S/D	S/D	S/D
XVIII	ASUNCION	152	310	462
TOTAL		11917	2979	14896

Fuente: Datos proporcionados a través de Lic. Lourdes Felipa Zarate (Asistente Técnica del *Sub Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue – PNCVD*, de SENEPA) con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2010-2011.

La mayor cantidad de **Charlas** se efectuaron en el departamento de San Pedro Norte con el 54% de las charlas realizadas, el 2º departamento más beneficiado con charlas fue Caaguazú con el 13% en relación al total. El departamento donde se impartieron menos charlas fue Guairá con 0,02% de las **Charlas realizadas**.

Llama poderosamente la atención que sea el Departamento de San Pedro en donde se realizaron durante el año 2010 el mayor número de charlas, casi un promedio de 21 charlas por día, incluyendo los fines de semana, mientras que en el Departamento Central no se presente ningún resultados de esta actividad, a pesar de ser uno de los departamentos que concentra un mayor número de recursos. De los departamento del Chaco (Presidente Hayes, Alto Paraguay y Boquerón), es comprensible que no presenten datos en este rubro, en función de la escasez o nulo personal ubicado en dichas regiones sanitarias.

No se cuentan con datos diferenciados de actividades de **Charlas** según procedencia en el año 2008 y 2009.

En el 2009, Recursos Humanos del área de Entomología fueron a Argentina y Brasil para capacitaciones del orden técnico⁷¹.

En el 2010, se realizaron Capacitaciones sobre Epidemiología Básica y de Brotes Epidemiológicos dirigido a Jefes Operativos Regionales, además de talleres de Entomología, Manejo de GPS y Cartografía Digital para Profesionales y Técnicos⁷².

En el 2011, como Plan Piloto de Implementación de Alianzas Estratégicas Participativas de Combate al Dengue, se llevó a cabo la competencia inter-barrial de instituciones educativas **TU AFICHE!**, donde a través de las instituciones educativas se presentaron diseños alusivos

⁷¹ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2009).

⁷² Informe Semestral de los Programas, año 2010, SENEPA.

al combate de la enfermedad del Dengue, para utilizarlo como material educativo de las campañas de prevención y promoción⁷³.

En el 2011, además fueron publicadas la *Guía para usos Alternativos de cubiertas en desuso*, dentro del marco de tareas de concienciación y comunicación a la población, sobre el uso y el destino final de cubiertas en desuso, que podrían convertirse en criaderos de mosquitos, orientando sobre el manejo adecuado de los mismos.

Además se elaboraron el *Material de apoyo para el facilitador voluntario de salud en la prevención y control del Dengue* y la *Guía Práctica para la correcta realización de Mingas Ambientales*. Estos materiales contaron con el apoyo financiero de la OPS para la impresión⁷⁴.

Actividades de Prevención

Las actividades de **Prevención** en el *Sub Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue – PNCV*, incluyen las viviendas rociadas (cantidad de predios fumigados y manzanas fumigadas), las actividades de control oportunas (mingas ambientales y rastrillajes), las Investigaciones entomológicas (levantamiento de Infestación LIRAA⁷⁵, convencional⁷⁶ y Bloqueo entomológico), y las intervenciones de vigilancia (bloqueos químicos).

Durante los años 2008 al 2011, las actividades de **Mingas ambientales y actividades de rastrillaje**, se realizaron en conjunto con otros sectores como las Intendencias, especialmente en Capital, Departamento Central y algunos Municipios del Interior del país⁷⁷, así como con miembros de Comisiones Vecinales, enfatizando los barrios más afectados.

A continuación la cantidad de **Mingas ambientales y actividades de rastrillaje**, según procedencia en los años 2009, 2010 y 2011.

⁷³ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2011).

⁷⁴ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2011).

⁷⁵ El método LIRAA permite medir los índices de infestación larvaria. Consiste en un muestreo de tipo estratificado que permite la recolección de muestras de criaderos de mosquitos en viviendas. Se busca comprobar el nivel de infestación de las viviendas con criaderos positivos a larvas de Aedes aegypti. Se analiza cada casa en búsqueda de lugares en donde se este reproduciendo de manera activa el mosquito. De esa cuenta se recogen muestras de depósitos de agua en desechos sólidos inservibles como aparatos domésticos descartados, cubetas, botellas, latas, neumáticos, macetas, etc. También se analizan pozos y aljibes. El muestreo da señales de índices de infestación larvaria con riesgo de Dengue cuando sobrepasa el 5%. Se da una señal de alerta de transmisión cuando los índices alcanzan el 3%. Lo ideal es menor de un 1% para la no transmisión del Dengue.

⁷⁶ El método tradicional consiste en la captura de especies de mosquitos a nivel intradomiciliar, usualmente en un 5-10% de las casas de la comunidad o de la zona analizada.

⁷⁷ Fuente: Departamento de Gestión de Datos/SENEPA, Informes Anuales de Gestión (Memoria 2009).

Tabla N°8: Actividades de Prevención, *Mingas ambientales y actividades de Rastrillaje*, del *Sub Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue – PNCVD*, según procedencia, en el período de los años 2009 al 2011.

Región Sanitaria	Departamentos	MINGAS Y RASTRILLAJES AMBIENTALES	MINGAS Y RASTRILLAJES AMBIENTALES	MINGAS Y RASTRILLAJES AMBIENTALES	TOTAL
		Año 2009	Año 2010	Año 2011	
I	CONCEPCION	21	59	98	178
II	SAN PEDRO NORTE	0	119	88	207
	SAN PEDRO SUR	4	0	S/D	4
III	CORDILLERA	5	23	26	54
IV	GUAIRA	12	8	16	36
V	CAAGUAZU	0	22	52	74
VI	CAAZAPA	1	93	235	329
VII	ITAPUA	0	0	6	6
VIII	MISIONES	1	159	67	227
IX	PARAGUARI	0	22	10	32
X	ALTO PARANA	5	4	28	37
XI	CENTRAL	184	110	55	349
XII	ÑEEMBUCU	0	3	60	63
XIII	AMAMBAY	2	26	21	49
XIV	CANINDEYU	21	59	19	99
XV	PRESIDENTE HAYES	1	3	S/D	4
XVI	ALTO PARAGUAY	S/D	S/D	S/D	S/D
XVII	BOQUERON	0	2	2	4
XVIII	ASUNCION	142	3	366	511
TOTAL		399	715	1149	2263

Fuente: Datos proporcionados a través de la Lic. Liliana Ayala (Asistente Técnica del Sub Programa Nacional de Control del Paludismo – PNCP, de SENEPA) con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2009-2011.

En el 2008, se programaron y se concretaron Campañas de Minga y concientiación realizadas en municipios considerados de *Muy Alto Riesgo* y *Alto Riesgo*.

El departamento más beneficiado en los tres años fue Capital con el 23% de las actividades de **Mingas ambientales y actividades de rastrillaje**, en 2º lugar fue Central con el 15% de las actividades y en 3er. lugar fue Caazapá con el 14,5% de las actividades realizadas.

Los departamentos menos beneficiados fueron Pte. Hayes, Boquerón y San Pedro Sur con el 0,2% de las actividades realizadas. Sin embargo se debe tener en cuenta que dichos departamentos pertenecen a zonas de Nivel 3, **Mediano Riesgo** dentro del Plan Nacional de Vigilancia epidemiológica.

Las **Mingas Ambientales y actividades de rastrillaje** registraron en:

En el año 2009 → 68.264 predios sin criaderos.

→ 30.532 predios con criaderos que fueron eliminados

→ 7.021 predios con criaderos no eliminables tratados con larvicidas.

En el año 2010 → 30.354 predios sin criaderos.

→ 165.754 predios con criaderos que fueron eliminados

→ 31.747 predios con criaderos no eliminables tratados con larvicidas.

La cantidad de predios fumigados y cantidad de manzanas fumigadas o viviendas rociadas de los años 2009 al 2011 se observa en la siguiente tabla:

Tabla N° 9 Actividades de Prevención (Rociado de acción Ultra Bajo Volumen - UBV), durante los años 2009 al 2011.

ACTIVIDAD	Año 2009	Año 2010	Año 2011	TOTAL
Cantidad de Predios Fumigados	554.286	1.448.050	1.753.611	3.755.947
Cantidad de Manzanas Fumigadas/viviendas rociadas	147.873	190.826	326.841	665.540
TOTAL	702.159	1.638.876	2.080.452	4.421.487

Fuente: Departamento de Gestión de Datos/SENEPA, Año 2009, Informes de Control y Evaluación, de los Ejercicios fiscales remitidos trimestralmente al Ministerio de Hacienda; Años 2010 y 2011, Informes Anuales de Gestión (Memoria 2010 y Memoria 2011).

La tabla muestra como del año 2009 al 2010 aumentó la cantidad de predios fumigados en un 261%. Posteriormente en el año 2011, aumentó en un 32% los predios fumigados. En relación a las manzanas rociadas aumentaron un 22%, del año 2009 al 2010. En el año 2010 volvió a aumentar la proporción a un 42% con relación al 2011. Este incremento progresivo en cuanto al número de predios y manzanas fumigadas tiene relación con los diversos brotes epidémicos de Dengue que se vivieron con el período.

Los Planes Operativos Anuales de dichos años no contemplaron indicadores relacionados con el número de predios y manzanas a fumigar en el período. De esa cuenta, no se puede medir el resultado en función de indicadores de lo programado y lo realizado. El único análisis que se puede hacer es la relación del crecimiento porcentual de fumigaciones realizadas en el período, tanto en predios, manzanas como en viviendas. Llama la atención que no se haya realizado el ejercicio de estimar metas, en función que fue una actividad realizada de manera constante durante los últimos 3 años. Esto requeriría que en el futuro próximo SENEPA establezca metas concretas a alcanzar en este tipo de actividades.

La tabla siguiente muestra las actividades de Prevención (Rociado de acción Ultra Bajo Volumen – UBV, durante el 2010, por departamento. Se observa cómo se han priorizado las zonas de **Muy Alto Riesgo** que fueron planificadas en el Plan Nacional de Vigilancia Entomológica.

Se puede observar que los departamentos en los que se presentaron más agudamente cuadros de casos de Dengue, como lo fueron los departamentos de Alto Paraná, Central y Amambay fueron los que presentan un número mayor de predios rociados (53% del total de rociados se realizaron en Alto Paraná; un 9.3% en el departamento de Itapúa; un 7.8% en el departamento Central; un 7.3% en el departamento de Amambay; y un 5.3% en Capital). Si se suma el total de intervenciones de rociado realizadas en el año 2010, las cinco regiones mencionadas anteriormente absorbieron el 83% de totas las actividades realizadas en este rubro.

Tabla Nº10 Actividades de Prevención (Rociado de acción Ultra Bajo Volumen - UBV), durante el año 2010, según procedencia.

DEPARTAMENTOS	TOTAL PREDIOS TRABAJADOS	TOTAL MANZANAS TRABAJADAS
CONCEPCIÓN	37174	3831
CORDILLERA	8467	4076
GUAIRA	8382	485
CAAGUAZU	21516	1320
CAAZAPA	25736	1712
ITAPUA	134373	8733
MISIONES	59735	3553
PARAGUARI	29573	2577
ALTO PARANÁ	776886	40570
CENTRAL	112321	57984
ÑEEMBUQU	2003	184
AMAMBAY	105663	33094
CANINDEYU	1005	4461
PTE. HAYES	24891	1968
BOQUERON	2477	313
ALTO PARAGUAY	731	50
CAPITAL	76877	23713
SAN PEDRO	20240	2202
TOTAL GENERAL	1448050	190826

Fuente: Departamento de Gestión de Datos/SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2010).

En el 2011, los ciclos de rociado oscilaron entre 3-5 y en algunos casos específicos con más de 7 ciclos^{78 79}.

⁷⁸ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2011).

⁷⁹ Los métodos de control químico dirigidos a los vectores adultos de Ae. aegypti tienen la finalidad de impactar las densidades del mosquito, así como la longevidad y otros parámetros de transmisión. Los adulticidas se aplican en forma de tratamientos residuales de superficie o como tratamientos espaciales. La fumigación espacial sólo se recomienda en el control de situaciones de emergencia para detener una epidemia en proceso o para prevenir una epidemia en su primera fase o que se está iniciando. El objetivo de la fumigación espacial es la destrucción masiva y rápida de la población de vectores adultos. No solamente la susceptibilidad al insecticida sino también el tamaño de las gotas, la tasa de aplicación y la penetración del insecticida dentro de las viviendas, son todos factores esenciales para la eficacia de este método de control de Ae. aegypti. Las fumigaciones espaciales se pueden aplicar como nieblas calientes en aplicaciones de 10 a 50 L/ha o como aplicaciones con equipo de volumen ultrabajo de insecticidas concentrados (grado técnico) o ligeramente diluidos en forma de un aerosol frío de gotitas de tamaño controlado (15 a 25 •m) a una tasa de 0,5 a 2,0 L/ha. Lo ideal es que el tratamiento espacial se lleve a cabo cada 2 a 3 días durante 10 días. Las aplicaciones adicionales se deben, entonces, realizar una o dos veces por semana para mantener la supresión de la población del vector adulto. A este procedimiento es a lo que se conoce como ciclo de rociado. Los generadores portátiles de nieblas calientes o frías o los generadores montados en vehículos, se pueden usar para la aplicación en tierra. Ver: Programa Especial para Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales (TDR: UNICEF-PNUD-Banco Mundial-Organización Mundial de la Salud). Dengue: Guías para el Diagnóstico, Tratamiento, Prevención y Control. Nueva Edición. 2009. 170 pp.

Otras actividades del área de Prevención del *Sub Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue – PNCV*, fueron los *Levantamientos de Índices de Infestación Larval*, utilizando los siguientes métodos⁸⁰:

- Método convencional (Manual SENEPA, basado en recomendaciones de OPS, 1995): 5-10% de las casas.
- Levantamiento de Infestación Rápido de Aedes aegypti (LIRAA), con mayor precisión de la muestra, aplicado en algunos sitios.

La frecuencia de la aplicación de los métodos se basa en:

- Lo planificado en el Plan de Vigilancia Entomológica.
- Los riesgos epidemiológicos de cada Dpto. y/o municipio.
- La Historia de casos de años anteriores.
- La ubicación geográfica (áreas de frontera, rutas internacionales)
- Municipios de mediano, alto y muy alto riesgo.

Los trabajos de levantamiento larval de *Aedes aegypti* en la Ciudad de Asunción y en varios distritos del Paraguay, se realiza tres veces en el año y se recolectan datos sobre los índices de infestación larvaria domiciliar, índice de breteau, el cual determina la densidad de criaderos, y los índices de recipientes.

A continuación se presentan los resultados del *Levantamiento de Infestación LIRAA, Convencional y Bloqueo Entomológico*, del *Sub Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue – PNCVD*, según procedencia, en el período de los años 2009 al 2011.

⁸⁰ Fuente: Departamento de Gestión de Datos/SENEPA, Informes Anual de Gestión, Memoria 2011.

Tabla N° 11 Actividades de Prevención (Levantamiento de Infestación LIRAA, Convencional y Bloqueo Entomológico) del Sub Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue – PNCVD, según procedencia, en el período de los años 2009 al 2011.

Región Sanitaria	Departamentos	LEVANTAMIENTO DE INFESTACIÓN LIRAA, CONVENCIONAL Y BLOQUEO ENTOMOLÓGICO Año 2009	LEVANTAMIENTO DE INFESTACIÓN LIRAA, CONVENCIONAL Y BLOQUEO ENTOMOLÓGICO Año 2010	LEVANTAMIENTO DE INFESTACIÓN LIRAA, CONVENCIONAL Y BLOQUEO ENTOMOLÓGICO AÑO 2011	TOTAL
I	CONCEPCION	1	92	68	161
II	SAN PEDRO NORTE	25	232	163	420
	SAN PEDRO SUR	2	0	0	2
III	CORDILLERA	3	118	74	195
IV	GUAIRA	0	24	24	48
V	CAAGUAZU	5	78	78	161
VI	CAAZAPA	0	32	28	60
VII	ITAPUA	3	162	215	380
VIII	MISIONES	10	129	128	267
IX	PARAGUARI	10	68	52	130
X	ALTO PARANA	3	252	272	527
XI	CENTRAL	0	849	755	1604
XII	ÑEEMBUQU	0	47	42	89
XIII	AMAMBAY	0	90	121	211
XIV	CANINDEYU	9	158	132	299
XV	PRESIDENTE HAYES	1	58	74	133
XVI	ALTO PARAGUAY	S/D	S/D	S/D	S/D
XVII	BOQUERON	0	18	39	57
XVIII	ASUNCION	0	194	265	459
TOTAL		72	2601	2530	5203

Fuente: Datos proporcionados a través de la Lic. Lourdes Felipa Zarate (Asistente Técnica del Sub Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue – PNCVD, de SENEPA) con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2009-2011.

Según la tabla anterior, en varias regiones viene dándose un crecimiento sostenido en el número de **Levantamiento de Infestación LIRAA, Convencional y Bloqueo entomológico**.

Las zonas que han sido mayormente beneficiadas son en 1er. lugar Central con el 31% de las actividades realizadas, en 2º lugar Alto Paraná con el 10% de los levantamientos realizados, en 3er. lugar la Capital con el 9% de las actividades realizadas. Las zonas con menor beneficio fueron San Pedro Sur con el 0,03% de actividades y Guairá con el 1% de **Levantamiento de Infestación LIRAA, Convencional y Bloqueo entomológico**. Estos resultados están en consonancia con las zonas que fueron declaradas de Muy Alto Riesgo en función de la presencia activa del vector del Dengue.

Información proporcionada por personal directivo de SENEPA indica que en el año 2008 fueron 31 los Municipios que realizaron el levantamiento entomológico⁸¹, trabajando con puntos estratégicos intervenidos oportunamente a través de los diferentes métodos (LIRAA, Convencional y bloqueos entomológicos), en 1937 Gomerías, 294 Cementerios y 7001 Chatarrerías.

En el 2011, se realizó el **Levantamiento de Índice Larval (LIRAA)** cada 2 meses en los Municipios de **Muy Alto Riesgo**, teniendo en cuenta que en los años anteriores se realizaba cada 4 meses.

Los **Bloqueos Químicos** son actividades del área de Prevención del **Sub Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue – PNCV**, donde se priorizan áreas específicas de riesgo, como gomerías, cementerios, escuelas, festividades religiosas y espacios de afluencia de personas.

Durante los años 2009 y 2010, los **Bloqueos Químicos**, alcanzaron la cobertura del 100% de los casos positivos⁸². En el año 2011 se alcanzó un 80% de los **Bloqueos Químicos**, de los casos confirmados. Los ciclos de rociado oscilaron entre 3-5 y en algunos casos específicos con más de 7 ciclos.

A continuación los **bloqueos químicos** realizados según procedencia en el 2010 y el 2011.

⁸¹ SENEPA, Plan Operativo Anual 2008. La Zona VII Norte, no presentó Planilla de IIL

⁸² SENEPA, Informe Anual de Gestión, Memoria 2009 y 2010.

Tabla N°12: Actividades de Prevención *Bloqueos Químicos*, del *Sub Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue – PNCVD*, según procedencia en el período de los años 2010 al 2011.

Región Sanitaria	Departamentos	BLOQUEOS QUÍMICOS Año 2010	BLOQUEOS QUÍMICOS Año 2011	TOTAL
I	CONCEPCION	0	724	724
II	SAN PEDRO NORTE	0	131	131
	SAN PEDRO SUR	0	384	384
III	CORDILLERA	0	572	572
IV	GUAIRA	0	371	371
V	CAAGUAZU	0	299	299
VI	CAAZAPA	0	152	152
VII	ITAPUA	0	166	166
VIII	MISIONES	0	285	285
IX	PARAGUARI	0	2692	2692
X	ALTO PARANA	0	4997	4997
XI	CENTRAL	29	939	968
XII	ÑEEMBUQU	0	283	283
XIII	AMAMBAY	0	239	239
XIV	CANINDEYU	0	354	354
XV	PRESIDENTE HAYES	0	227	227
XVI	ALTO PARAGUAY	S/D	S/D	S/D
XVII	BOQUERON	0	4466	4466
XVIII	ASUNCION	4	5242	5246
TOTAL		33	22523	22556

Fuente: Datos proporcionados a través de la Lic. Lourdes Felipa Zarate (Asistente Técnica del *Sub Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue – PNCVD*, de SENEPA) con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2010-2011.

Las zonas que han sido mayormente beneficiadas son en 1er. lugar Asunción con el 23% de las actividades realizadas, en 2º lugar Alto Paraná con el 22% de los *bloqueos químicos* y en 3er. lugar Boquerón con el 20% de las actividades realizadas. Las zonas con menor beneficio en relación a los *bloqueos químicos*, fue San Pedro Norte con el 0,6% de actividades y Caazapá con el 0,7% de *bloqueos químicos* realizados. De nuevo esto se explica por el lugar

en donde se presentaron un mayor número de casos de personas sospechosas o con confirmación de Dengue.

Se instaló en el año 2009 el Insectario del Departamento de Entomología, con el apoyo de fondos donados y administrados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se contaron con insumos específicos del laboratorio entomológico para la Red Nacional, gracias a las donaciones de USAID-OFDA/OPS⁸³. De este modo se mantuvieron colonias estables de vectores como las de *Aedes Aegypti*.

En el 2010, se instalaron Unidades Entomológicas en Paraguarí, Central, Amambay, Presidente Hayes y en San Pedro Norte. Además se realizó Supervisión de las unidades entomológicas seleccionadas para el año como Concepción, Itapúa y Ciudad del Este⁸⁴.

La siguiente tabla muestra el número de pruebas realizadas por el Departamento de Entomología orientados a encontrar nuevos mecanismos de combate al vector. Es importante mencionar que el Departamento de Entomología responde a las distintas iniciativas que llegan tanto desde el sector privado, como de sectores académicos que formulan propuestas o invenciones orientadas al control de vectores. Por regla general, el Departamento establece estudios y mecanismos de prueba y validación de dichas propuestas. Luego de analizadas y probada su funcionalidad, las mismas reciben la aprobación o desaprobación de la institución.

Tabla N° 13 Pruebas realizadas por el Departamento de Entomología de SENEPA en los Años 2010 al 2011.

PRUEBAS REALIZADAS POR LA INSTITUCIÓN	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011
	1. Bioensayos, pruebas de resistencias y de susceptibilidad. 2. Pruebas de eficacia de insecticidas 3. Elaboración de protocolos estandarizados utilizados en evaluaciones de efectividad y eficacia de los insecticidas.	1. Ajuste de metodologías y técnicas para pruebas de susceptibilidad y resistencia, establecidas en los protocolos estandarizados de la OPS en proceso.	1. Bioensayos con larvicida Temephos (Abate), utilizado por el SENEPA 2. Protocolo de prueba para la utilización de tapas protectoras de recipientes que acumulan agua. CDE. 3. Protocolo de utilización de inhibidores de la síntesis de quitina, Diflubenzuron en el control del <i>Aedes aegypti</i> . (UGP). 4. Plan piloto de control de <i>Aedes aegypti</i> con implementación del “método Biológico”. “Gran criadero” Fundación Itá Enramada. 5. Pruebas de capturas de mosquitos con Biotrap. 6. Proyecto de mosquitoeira, Dr. Modesto Elizeche.

Fuente: Informes Anuales de Gestión (Memorias 2010 y 2011), SENEPA e Informe Semestral de los Programas, año 2010, SENEPA.

⁸³ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2009).

⁸⁴ Informe Semestral de los Programas, año 2010, SENEPA.

Como podemos ver en la tabla anterior, en el año 2011, SENEPA recibió 6 solicitudes concretas para validar y/o probar mecanismos de control y destrucción de mosquitos relacionados con el Dengue. De estas propuestas, dos resultaron ser utilizables.

Desde el año 2009, se implementó efectivamente el ***Plan Anual de Mantenimiento y Evaluación de Calidad de los Equipamientos de Rociado***, mientras que también se extendió el uso del **Sistema de Información Geográfico (GIS)** a las Zonas, con la dotación de equipamientos adecuados.

Valoración General del componente

A continuación un resumen de las actividades de ***Prevención, y Promoción***, del componente ***Sub-programa Nacional de Control Vectorial del Dengue – PNCVD***, según Indicadores de Marco Lógico, en el período comprendido entre los años 2008 al 2011.

Tabla N° 14 Resumen de la Producción efectiva de las actividades de Prevención, y Promoción, del componente *Sub Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue – PNCVD*, según Indicadores de Marco Lógico, en el período comprendido entre los años 2008 al 2011.

SERVICIOS	INDICADOR DENGUE	FÓRMULA DE CÁLCULO	ACTIVIDADES	2008	2009	2010	2011	TOTAL
				EFFECTIVO	EFFECTIVO	EFFECTIVO	EFFECTIVO	
Prevención	<i>Eficacia/Producto</i> Porcentaje de intervenciones de control realizadas en el año t (bloqueos de casos)	Número de intervenciones de control realizadas en el año t / Número de intervenciones control programadas en el año t * 100	BLOQUEOS QUÍMICOS	Este año no se utilizaba estos datos para el poa 3301	4904 / 5184 95%	9125/1000 912,5%	19667/3200 614%	36997
	<i>Eficacia/Producto</i> Porcentaje de viviendas rociadas en el año t.	Número de viviendas rociadas en el año t/Número de viviendas programadas en el año t*100	CANTIDAD DE PREDIOS FUMIGADOS + CANTIDAD DE MANZANAS FUMIGADAS	722586/5000 14452%	No se utilizaban estos datos para el poa 1027175	Estos datos no se utilizaban para el poa 1.861.899	Estos datos no se utilizaban para el poa 2.132.895	5.744.555*
	<i>Eficacia/Proceso</i> Porcentaje de investigaciones entomológicas realizadas en el año t (Según Plan Nacional de Vigilancia Entomológica)	Número de investigaciones entomológicas realizadas en el año t/Número de investigaciones programadas para el año t) * 100	LEVANTAMIENTO DE INFESTACIÓN LIRAA, CONVENCIONAL Y BLOQUEO ENTOMOLÓGICO	130/184 71%	No se utilizó estos datos para el poa 72	2601/ 800 325%	2530/ 1008 250%	5333
	<i>Eficacia/Producto</i> Porcentaje de intervenciones de vigilancia realizadas en el año t.	(Número de intervenciones de vigilancia realizadas en el año t/número de intervenciones vigilancia programadas en el año t) * 100	MINGAS Y RASTRILLAJES AMBIENTALES	No se utilizó estos datos para el poa 220	No se utilizó estos datos para el poa 399	715/1200 59%	1149/3800 30%	2483
Promoción	<i>Eficacia/Producto</i> Porcentaje de capacitaciones realizadas en el año t	Número de capacitaciones realizadas en el año t/número de capacitaciones planificadas en el año t * 100	Charlas	Las charlas no incluyan en el poa 213	Las charlas no se incluyan en el poa 3317	11917/4500 264%	2979/2200 135%	16496

*El rociado se realiza en ciclos, es decir que un predio o manzanas puede ser rociado varias veces en un año. A eso se debe la diferencia con una de las tablas presentadas anteriormente.

Fuente: Año 2008, Plan Operativo Anual; Año 2009, Informes de Control y Evaluación, de los Ejercicios fiscales remitidos trimestralmente al Ministerio de Hacienda; Años 2010y 2011, Datos proporcionados a través de Lourdes Felipa Zarate (Asistente

Con relación a los indicadores establecidos para el control del vector que ocasiona el dengue, los resultados para el período de estudio, muestran lo siguiente. En el año 2008, no se utiliza el dato del porcentaje de intervenciones de control realizadas; aun así se reportan 3301 actividades de este tipo llevadas a cabo. Para el año 2010 se realizaron 9125 acciones alcanzándose un 912% de lo establecido; para el año 2011 se llegó a un 614% por encima de lo establecido. Estos resultados muestran cómo las distintas epidemias de dengue ocurridas en el país, ante la extensión de la misma, han llevado al personal de SENEPA a realizar un número de intervenciones mayores a las que se habían programado originalmente. Esto mismo se refleja en el número de viviendas rociadas que llega a un total de 5.744.555 para el período. Dado que el indicador no se utilizaba en la Planificación Operativa Anual; los resultados del trabajo realizado en los años muestra un crecimiento sostenido en las intervenciones; pasando

de 722,586 viviendas rociadas en el año 2008 a un total de 2.132.895 en el año 2011, un crecimiento del orden del 300%.

Sobre el indicador del porcentaje de investigaciones entomológicas realizadas en el año se observa que para el año 2008 se realizaron 130 acciones en ese sentido de un total de 184 programadas, lo que permitió alcanzar un 71% del indicador. En el año 2009 sólo se realizaron 72, ya que no se contempló este indicador en el Plan Operativo Anual. Para el año 2010 se alcanzó un 325% de resultados relacionados con el indicador, al igual que para el año 2011, en donde se logró un 250%. De nuevo, esto ha estado motivado por un mayor nivel de trabajo realizado por la institución ante la emergencia de las epidemias ocasionadas por el Dengue.

En el ámbito de intervenciones de vigilancia relacionadas con mingas y rastreos ambientales para el año 2008 este indicador no se utilizaba, aunque se realizaron 220; para el año 2009 se realizaron 399; para el año 2010 se realizaron 715; y para el año 2011 1149. Si bien los indicadores muestran un nivel de alcance relativamente bajo entre los años 2010 y 2011 en función de lo programado, el mismo tiene relación con los niveles de movilización e involucramiento de otros actores que se van logrando en el tiempo, a fin de proceder a realizar las limpiezas de casas, patios baldíos, y otro tipo de áreas verdes. La institución ha pasado de realizar 220 intervenciones en el año 2008 a 1149 en el año 2011 (un crecimiento del orden del 522% en este tipo de intervenciones).

De la misma manera el indicador de capacitaciones sobre dengue no se incluía en los años 2008 y 2009, para el año 2010 muestran un resultado del orden del 264%; y para el año 2011 del orden del 135% en el logro del indicador.

Los indicadores mostrados anteriormente nos remiten al trabajo realizado por SENEPA en los años del período evaluado. Es evidente que las constantes epidemias de Dengue han generado una demanda mayor de trabajo a la institución y que la institución ha tenido un buena capacidad de respuesta. Sin embargo, si bien la institución ha respondido a la demanda, los resultados muestran que la Planificación Operativa Anual (POA) en varios momentos no consideró incluir metas específicas relacionadas con el número de manzanas o predios a fumigar; así como tampoco las charlas o capacitaciones que debían darse como acciones relacionadas con la promoción de la salud.

A partir de que el vector del Dengue ha pasado a ocupar un rol importante en la agenda de salud; y que el SENEPA ha creado mapas de riesgo por zonas a partir de los índices de infestación larvaria, es conveniente que dicha información se refleje de mejor manera en la planificación operativa anual, así como en la distribución de recursos humanos y en la dotación de insumos relacionados con el control del vector.

De la misma manera, al SENEPA le hizo falta incluir en los POAs anuales las acciones de articulación y coordinación con otros actores sociales, sobre todo lo relacionado con autoridades locales y de las gobernaciones en las acciones orientadas a la movilización comunitaria en cuanto a las mingas ambientales y otro tipo de acciones de promoción y prevención de la salud.

SUB -PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DEL PALUDISMO – PNCP

El Sub-programa Nacional de Control del Paludismo- PNCP tiene como Propósito, la reducción sostenida y paulatina de los casos de paludismo con respecto a los últimos 10 años (2001-2010) en un 50%⁸⁵.

La **Meta** trazada es de reducir los casos de malaria por *P. vivax* un 30% respecto al 2009 y mantener libre de transmisión autóctona de *P. falciparum*, además de mantener la reducción y ajustar el programa con mira a la eliminación construyendo los indicadores (actividad).

Los **Objetivos** son: Prevenir la mortalidad, disminuir la morbilidad y las pérdidas socio-económicas debidas a la enfermedad, mediante el progresivo mejoramiento y fortalecimiento de la capacidad de respuesta local y nacional con la cual se pretende mantener el cumplimiento sostenido del objetivo del desarrollo del milenio (ODM) desde el año 2002⁸⁶.

Actividades de Promoción

Las actividades de **Promoción** en el *Sub Programa Nacional de Control del Paludismo* (PNCP), son las acciones de IEC (Información, Educación y Capacitación) en el 2008 y el 2009 y las acciones de CCC (Componente Capacitación y Charlas) en el 2010 y 2011, así como la distribución de materiales didácticos.

En cuanto a las actividades de Promoción, la tabla muestra una progresión importante en el alcance de resultados. Se planificaron 69.200 acciones consistentes en: Charlas, Capacitación a participantes, Programas Radiales y Televisivos de información sobre el vector. Se han cumplido 70.894 acciones, que equivalen a un total de 102% para el período en estudio.

Tabla Nº 15 Nivel de productividad de la actividad PROMOCIÓN del Sub- Programa Paludismo. 2008 al 2011

PROMOCIÓN	2008		2009		2010		2011		TOTALES	
	Meta	Producción	Meta	Producción	Meta	Producción	Meta	Producción	Meta	Producción
Personas con IEC y con CCC	2.400	5.000	2.400	7.500	2.400	5003	62.000	49.410	69.200	70.894

Fuente: Departamento de Gestión de datos epidemiológicos/SENEPA. Datos facilitados por Lic. Liliana Soledad Ayala (Asistente Técnica del *Sub-programa Nacional de Control del Paludismo – PNCP*, de SENEPA) con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2008-2011.

A continuación el detalle de las actividades de Promoción según diferentes actividades realizadas desde el año 2010 al 2011.

Tabla Nº 16 Actividades de Promoción, según diferentes actividades realizadas desde el año 2008 al 2011.

⁸⁵ *Taller de Elaboración del Marco Lógico y Construcción de Indicadores de Desempeño*, Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo. SENEPA,, página 3 .

⁸⁶ El Objetivo de Desarrollo del Milenio es lograr la reducción de la malaria a nivel mundial por encima del 50% al 2015, con una línea de base para el Paraguay del año 1999, con 9.946 casos, En MEMORIA 2011, pagina 9,

ACTIVIDAD	Año 2010	Año 2011	TOTAL
Charlas	614	s/d	614
Participantes	8.217	1.170	9387
Radiales	100	s/d	100
TV	53	s/d	53

Fuente: Datos facilitados por Lic. Liliana Soledad Ayala (Asistente Técnica del *Sub Programa Nacional de Control del Paludismo – PNCP*, con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2010-2011.

Se realizaron **Charlas**, enfocadas a colaboradores voluntarios y funcionarios en general en los diferentes departamentos. Entre los temas tratados fueron: la prevención de la enfermedad y los pasos a seguir y lugares dónde acudir si se presentasen síntomas compatibles con la enfermedad. Estas mismas informaciones fueron transmitiéndose a través de los medios de difusión existentes en cada zona, como ser radios comunitarias⁸⁷.

En el año 2010 y debido a la gran cantidad de personas que viajaron al Mundial 2010 (realizado en Sudáfrica), se diseñaron y distribuyeron cerca de unos 2000 boletines informativos a la Secretaría Nacional de Turismo y a las agencias de viajes, con el objetivo de ser repartidos a los viajeros, además de difundir a través de los medios televisivos medidas de prevención contra el paludismo⁸⁸.

También debido al terremoto acontecido en Haití, en el año 2010, se realizaron charlas de prevención sobre Malaria y distribuyeron medicamentos a 1500 militares que fueron para apoyar a ese país.

El **Sub Programa Nacional de Control del Paludismo – PNCP**, estuvo participando del Simposio de Enfermedades transmitidas por vectores, en la Primera Muestra Epidemiológica Nacional.

En el 2011, el **Sub Programa Nacional de Control de Paludismo – PNCP**, capacitó a funcionarios del SENEPA, personal de salud de las USF (Unidades de Salud Familiar), Atención Primaria de la Salud - APS ; así como funcionarios de los Hospitales y Servicios de Salud del departamento de Alto Paraná y de otros departamentos del país⁸⁹.

Se elaboró el Manual de Diagnóstico y Tratamiento de la Malaria, los Rotafolios Educativos sobre la enfermedad y las Placas para Puestos Notificación, además de una Guía de Tratamiento de Paludismo dirigida a los funcionarios de salud de las APS, estos materiales fueron distribuidos a los participantes durante

Actividades de Prevención

⁸⁷ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2009).

⁸⁸ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2010).

⁸⁹ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2011).

Las actividades de **Prevención** en el **Sub Programa Nacional de Control del Paludismo – PNCP**, incluyen las tomas de muestras en láminas y/o hematológicas y las viviendas rociadas (cantidad de predios fumigados y manzanas fumigadas).

La estrategia de control del Paludismo es la vigilancia epidemiológica a través de una búsqueda activa y pasiva de los casos, basada en la estratificación según riesgo de transmisión para optimizar los recursos y abaratar los costos. Se cuenta con 4.000 colaboradores voluntarios, como medio de involucrar a la comunidad, quienes se relacionan con los auxiliares de evaluación del SENEPA–sostienen la red de información y reaccionan oportunamente cuando aparecen casos⁹⁰. La inclusión de estrategias conjuntas de control, son consideradas preponderantes en el Sistema de Vigilancia. Tanto el diagnóstico precoz como el tratamiento adecuado se completan con la investigación entomológica y el rociado residual y espacial de las áreas de riesgo.

La tabla muestra un desglose de las actividades de **Prevención** en relación a su evolución histórica, por lo que se observa que en el período las actividades de prevención se concentraban en la toma de muestras examinadas y viviendas rociadas.

Tabla N°17 Nivel de productividad de la Actividad PREVENCIÓN del Sub Programa Paludismo – PNCP; Periodo 2008 al 2011.

PREVENCIÓN	2008		2009		2010		2011		TOTALES	
	Meta	Producción	Meta	Producción	Meta	Producción	Meta	Producción	Meta	Producción
Toma de muestra en láminas	100.000	80.610	100.000	64.660	90.000	62.178	60.000	48.611	350.000	256.059 73,2%

Fuente: Datos facilitados por Lic. Liliana Soledad Ayala (Asistente Técnica del Sub Programa Nacional de Control del Paludismo – PNCP, de SENEPA) con base a los resultados oficiales del Subprograma Paludismo para el período 2008 al 2011.

Se planificaron la **toma de muestras** y su respectivo diagnóstico con una meta de 350.000 en el período del 2008 al 2011 y se tomaron 256.059, lo que muestra un porcentaje de cumplimiento de 73,2%.

Este nivel de producción de las metas establecidas muestra que la institución no alcanzó los niveles de trabajo que había establecido en sus Planes Operativos Anuales. Si bien, se le indicó al equipo evaluador que dado que los funcionarios de SENEPA trabajan en el control de todos los vectores y no sólo de uno en particular, y que las constantes epidemias de Dengue producidas en los últimos años habían ocasionado que buena parte de los esfuerzos institucionales se orientaran al control de dicho vector, esto explicaba en alguna medida el que no se hubieran alcanzado las metas establecidas en prevención en el caso de Malaria en cuanto a toma de muestras.

La tabla siguiente muestra también el seguimiento que se realizó a muestras hematológicas en el 10% de la población en áreas endémicas para malaria llegando a un total de 256.059 láminas examinadas.

Tabla N° 18 Tabla de muestras **hematológicas** examinadas, Vigilancia epidemiológica

⁹⁰ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2010).

ACTIVIDAD	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	TOTAL
Muestras hematológicas examinadas (10% Población 1.130.000 habitantes de áreas endémicas)	80.610	64.660	62.178	48.611	256.059

Fuente: Departamento de Gestión de datos epidemiológicos/SENEPA

La Red de Unidades de diagnóstico del **Sub Programa Nacional de Control del Paludismo (PNCP)**, ha analizado 256.059 láminas de muestras hematológicas durante el período de 2008 al 2011, las mismas corresponden a poblaciones de las áreas endémicas, de modo a identificar precozmente los casos y lograr un tratamiento oportuno de los mismos.

A continuación se presenta el detalle de las **láminas examinadas** y la cantidad positiva de las mismas, según tipo de Plasmodium en los períodos del 2008 al 2011.

Tabla N°19 Láminas examinadas y positivas de Malaria. Años 2008-2011

AÑOS	Láminas examinadas	Láminas Positivas	Plasmodium Vivax	Plasmodium Falciparum	Plasmodium Mixto	Plasmodium Malarie	Mortalidad
2008	80.610	341	335	5(#)	1(#)	0	0
2009	64.660	91	81(2#)	9(#)	1(#)	0	0
2010	62.178	27	22(4#)	5(#)	0	0	0
2011	48.611	10	3(2#)	7(#)	0	0	0
TOTAL	256.059	469	441	26	2	0	0

Fuente: Gestión de Datos Epidemiológicos – SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2010).

(#) Importados del África, Brasil o Haití

* Sin Datos

Del total de muestras analizadas, el 0,18% resultó positiva a *P. vivax* (441 casos) y el 0,01 % (26 casos) a *P. falciparum*, importados de África, Brasil y/o Haití. Sólo dos casos de las muestras pertenecieron a Plasmodium Mixto.

A continuación se presenta el detalle de la cantidad de predios fumigados y viviendas rociadas en los años 2008 al 2011.

Tabla N° 20 Nivel de productividad de la Actividad PREVENCIÓN del Sub Programa Paludismo – PNCP; Periodo 2008 al 2011.

PREVEN CIÓN	2008		2009		2010		2011		TOTALES	
	Meta	Producci ón	Meta	Producci ón	Met a	Producci ón	Met a	Produ cción	Meta	Producci ón
Viviendas rociadas	35.000	21.849	35.000	35.727	35.0 00	8.780	20.0 00	13.087	125.000	79.443 63,5%

Fuente: Datos facilitados por Lic. Liliana Soledad Ayala (Asistente Técnica del Sub Programa Nacional de Control del Paludismo – PNCP, de SENEPA) con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2008-2011.

La tabla muestra como disminuyó la *cantidad de predios fumigados y viviendas rociadas* en el año 2009 al 2011. Del 2009 al 2010 hubo un descenso en un 75% y posteriormente del 2010 al 2011 hubo un aumento del 54%. Las actividades vieron influenciadas debido a la baja incidencia de casos, que fue mucho menor a lo esperado⁹¹.

De nuevo, el equipo evaluador constata que no se alcanzaron las metas establecidas en cuanto a la cantidad de predios a fumigar y viviendas rociadas. Si bien, los casos de Malaria fueron reduciéndose progresivamente, la institución pudo haber reducido un poco más las metas que estableció en sus Planes Operativos Anuales.

A continuación el detalle de los tipos de insecticida utilizados en el *Rociado peri-intra-domiciliario – Control químico*, del *Sub Programa Nacional de Control del Paludismo (PNCP)*, en los años 2009 y 2010.

Tabla N° 21 Insecticidas utilizados en *Rociado peri-intra-domiciliario –Control químico. (PNCP). 2009-2010.*

INSECTICIDAS UTILIZADOS EN ROCIADO PERI-INTRA-DOMICILIARI – CONTROL QUÍMICO	Año 2009 (en litros)	Año 2010 (en litros)	TOTAL
Lambdacyalotrina 10% PM (acción residual del grupo de los Piretroides)	7.216	6.679	13.895
Permetrina 10% (rociado UBV)	67	9,36	76,36
Deltametrina 2%	107,1	S/D	107,1
TOTAL	7390,1	6688,36	14078,46

Fuente: SENEPA, Informes Anuales de Gestión (Memorias 2009 y 2010), de los períodos del 2008 al 2011.

El insecticida mayormente utilizado es **Lambdacyalotrina 10% PM** (acción residual del grupo de los Piretroides) con 13.895 litros, en 2º lugar **Deltametrina 2%** con **107,1** y en 3er. lugar la **Permetrina 10%** (rociado UBV) con **76,36** litros. Consideramos que el manejo de los insecticidas fue adecuado en tanto son los insecticidas recomendados por los organismos internacionales de salud como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

Actividades de Recuperación

⁹¹ Informes de Control y Evaluación, de los Ejercicios fiscales remitidos trimestralmente al Ministerio de Hacienda del año 2011.

Como podemos ver en la tabla siguiente, el número de casos diagnosticados y que recibieron cuidados médicos y tratamiento fue reduciéndose de manera progresiva en los años evaluados. Así de 341 casos en el año 2008, se pasó a 91 casos en el 2009, 27 casos en el año 2010; y 10 casos en el año 2011.

Tabla N° 22 Nivel de productividad del Componente RECUPERACIÓN del *Sub Programa Nacional de Control del Paludismo – PNCP*, Periodo 2008 al 2011.

DEPARTAMENTOS COMPROMETIDOS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE SENEPA	Suma de actividades de Recuperación 2008	Suma de actividades de Recuperación 2009	Suma de actividades de Recuperación 2010	Suma de actividades de Recuperación 2011	TOTALES
Programa Nacional de Control de Paludismo (P.N.C.P), Lab. Central, Zonas del SENEPA	Personas Tratadas: casos autóctonos. casos importados (Todos recuperados) Total casos: 341	Personas Tratadas: 79 casos autóctonos. 12 casos importados del África por <i>Plasmodium falciparum</i> y uno de <i>P. vivax</i> . (Todos recuperados) Total casos: 91	Personas Tratadas: 18 casos autóctonos. 9 casos importados (Todos recuperados) Total casos:27	Personas: 1 caso autóctono (A. Paraná) 9 casos importados (3 de Brasil, A. Paraná) 6 de África (Cordillera, ⁹²). (Todos recuperados) Total casos: 10	439 casos

Fuente: Datos facilitados por Lic. Liliana Soledad Ayala (Asistente Técnica del Sub Programa Nacional de Control del Paludismo – PNCP, de SENEPA) con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2008-2011.

Desde el 2007 y en los 2008, 2009, 2010 y 2011, todos los casos de Paludismo fueron tratados en forma inmediata, en las áreas endémicas, el tratamiento que se aplicó fue el radical de 7 días para *P.vivax* (este procedimiento favoreció el término del esquema de medicación para cada paciente, reduciendo el riesgo de abandono en los mismos, que ocurría frecuentemente con el tratamiento de 14 días de duración)⁹³.

En el tratamiento radical de siete días, se utilizan los medicamentos Cloroquina de 150 mg y Primaquina de 15mg. El tratamiento utilizado para los pacientes con *P falciparum* consiste en la administración del medicamento Artesunate 50 mg. y/o Coartem (artemether 20 mg. + lumenfatrine 120 mg.) para adultos por tres días.

A continuación se detallan los medicamentos que fueron entregados desde los años 2009 al 2011 por el *Sub-programa Nacional de Control del Paludismo – PNCP*.

⁹² SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2011).

⁹³ SENEPA, Informes Anuales de Gestión (Memorias 2009, 2010 y 2011).

Tabla N° 23 Medicamentos entregados en el período del 2009 al 2011 por el *Sub Programa Nacional de Control del Paludismo – PNCP*.

MEDICAMENTOS	Año 2009 (en unidades)	Año 2010 (enero/nov.)	Año 2011	TOTAL
Cloroquina	167.750	115.891	75.601	359.242
Cloroquina trat.,	s/d	s/d	30	30
Primaquina Adulto	4288	1259	42	5.589
Primaquina Infantil	505	28	s/d	533
Z-mol adulto	s/d	45806	42.246	88.052
Z-mol infantil	s/d	8292	9.514	17.806
TOTAL	172.543	171.276	127.433	471.252

Fuente: SENEPA, Informes Anuales de Gestión (Memorias 2009, 2010 y 2011), Informes de Control y Evaluación, de los Ejercicios fiscales remitidos trimestralmente al Ministerio de Hacienda de los períodos del 2009 al 2011.

La tabla muestra cómo fue disminuyendo la cantidad de medicación entregada así como fueron reduciéndose los casos, del 2009 al 2010 bajaron en un 1%. Del 2010 al 2011 disminuyeron en un orden de 26% con relación al año anterior. No se cuenta con detalles de la medicación entregada en el 2008.

Valoración General del Componente

Con relación al logro de los indicadores establecidos en la matriz de marco lógico, en cuanto al trabajo realizado en el componente Malaria podemos decir que en el indicador de número de viviendas y predios rociados se habían programado para el período un total de 125.000 rociados, lográndose realizar 79.443, lo que equivale a un 64% en el logro del indicador. El año con *menor* rociado fue el año 2010, en donde únicamente se realizó el 25% de lo programado.

Con relación al indicador relacionado con número de láminas examinadas, en el período se logró una cobertura de un 73%; con porcentajes que fueron disminuyendo progresivamente en el tiempo. Si bien se habían programado realizar durante el período 350.000 láminas examinadas y se realizaron 256.059 (casi 100.000 menos de lo estimado).

En cuanto al número de capacitaciones programadas, en el período la institución logró alcanzar dicho indicador en un 102%.; aunque muestra variaciones importantes logrando en el año 2008 un 208%; en el año 2009 un 312%; en el año 2010, un 208%; y en el año 2011, un 102%.

Si bien, los casos de Malaria fueron reduciéndose de manera progresiva anualmente pasando de 341 casos en el año 2008, a 10 casos en el año 2011, las metas establecidas por la institución, si bien van reflejando una reducción progresiva en cuanto al número de láminas a analizar, y número de viviendas a rociar; los resultados muestran que en estos últimos dos aspectos la institución realizó un trabajo mucho menor de lo que en principio planificó. A la

institución le hizo falta vincular de manera más precisa lo estimado en sus mapas de riesgo y su Planificación Operativa.

SUB PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LAS LEISHMANIOSIS - PNCL

Cuenta con el **Propósito⁹⁴** “de fortalecer la cobertura y oportunidad del sistema de vigilancia epidemiológica existente de las Leishmaniosis y garantizar el tratamiento oportuno de los casos confirmados”.

Entre sus **metas** están:

- Reducir los casos de Leishmaniosis tegumentaria en un 20% y L. visceral a menos del 5% con respecto al último quinquenio.
- Investigar al vector de la Leishmaniosis en al menos 5 brotes de Leishmaniosis Tegumentaria y de 10 casos de Leishmaniosis Visceral en áreas nuevas.

Sus **Objetivos** generales se refieren a:

- Disminuir la morbilidad y la mortalidad por Leishmaniosis.
- Disminuir la transmisión de las Leishmaniosis.

Actividades de Promoción

Las actividades de **Promoción** en el *Sub-Programa Nacional de Control de las Leishmaniosis-PNCL*, incluyen: actividades de Información, Educación y Conocimiento (IEC) y/o personas con Comunicación para el Cambio de Conducta (CCC), a través de charlas, capacitaciones en diferentes zonas endémicas del país. Además capacitaciones en diagnóstico y tratamiento de los casos para el personal de salud e igualmente a los funcionarios de SENEPA.

Tabla Nº 24 Actividades de Promoción, según diferentes actividades realizadas desde el año 2008 al 2011.

ACTIVIDAD	Año 2009	Año 2010	Año 2011	TOTAL
Entrevistas	375	225	104	704
Charlas	700	314	55	1069
Personas con CCC	5.833	10.648	1.553	18034
Distribución de Materiales Educativos	70.830	126.274	17.970	215.074

Fuente: SENEPA, Informes Anuales de Gestión (Memorias 2009, 2010 y 2011).

En el 2009, 2010 y 2011, se realizaron charlas educativas dirigidas a docentes y estudiantes de diferentes establecimientos educativos del país dando prioridad a las áreas endémicas de Leishmaniosis. Además los profesionales del Sub Programa se capacitaron en cursos y talleres de epidemiología así como en congresos científicos e igualmente los funcionarios técnicos participaron en congresos, nacionales y extranjeros, con disertaciones relacionadas a

⁹⁴ MEMORIA 2011, SENEPA, página

Leishmaniosis. Los médicos son capacitados para el manejo terapéutico de casos confirmados de LVH en tres niveles: casos no complicados, de alerta y graves⁹⁵.

Como la ***Leishmaniosis*** cuenta con un Sub registro muy alto, la identificación de los casos se torna difícil sin capacitación del personal de salud y la formación de los promotores voluntarios. Es por ello que el aumento de los casos en el período de 2008 al 2011 se debe a la búsqueda activa de los casos de LV y LT, lograda a través de la capacitación constante del personal de salud y de los promotores voluntarios en cada año⁹⁶.

⁹⁵ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2010).

⁹⁶Ferreira Galeano, Lic. María Elizabeth y Torales Ruotti; Lic. Martha Rossana, Entrevista realizada por el equipo evaluador, 08/02/2012.

Tabla N° 25 Nivel de productividad del Componente PROMOCIÓN del *Sub Programa Nacional de Control de las Leishmaniosis - PNCL*, Periodo 2008 al 2011.

DEPARTAMENTOS	Zonas del SENEPA	Detalles de las Actividades	Suma de actividades de Promoción	TOTAL (por localidad)	TOTAL (por departamento)			
			2008	2009	2010	2011		
Concepción	Zona 1	Nº de personas IEC o CCC	S/D	10	353	S/D	363	363
San Pedro	Zona 2 Sur		S/D	350	2811	328	3489	3524
	Zona 2 Norte		S/D	S/D	35	S/D	35	
Cordillera	Zona 3		S/D	S/D	S/D	S/D	0	0
Guairá	Zona 4		S/D	S/D	S/D	S/D	0	0
Caaguazú	Zona 5		S/D	S/D	S/D	S/D	0	0
Caazapá	Zona 6		S/D	S/D	248	S/D	248	248
Itapúa	Zona 7		S/D	S/D	346	318	664	664
Misiones	Zona 8		S/D	S/D	1298	460	1758	1758
Paraguarí	Zona 9		S/D	S/D	512	63	575	575
Alto Paraná	Zona 10		S/D	201	S/D	S/D	201	201
Central	Zona 11		S/D	S/D	S/D	S/D	0	3354
	PNCL*	Nº de personas IEC o CCC (capacitaciones a funcionarios del Salud y del SENEPA, USF, Médicos, Bioquímicos, Licenciadas, etc.)	S/D	1651	1334	369	3354	
	Participación Comunitaria	Nº de personas IEC o CCC (charlas a comisiones vecinales, escuelas, colegios, etc.)	S/D	3584	3578	50	7212	
Neembucú	SENEPA Central	Nº de personas IEC o CCC	S/D	124	S/D	S/D	124	10.690
	Zona 12		S/D	S/D	S/D	S/D	0	
	Amambay		S/D	S/D	S/D	S/D	0	

Canindeyú	Zona 14		S/D	S/D	133	S/D	133	133
Presidente Hayes	Zona 15		S/D	S/D	S/D	S/D	0	0
Boquerón	Zona 16		S/D	S/D	S/D	S/D	0	0
Alto Paraguay	Zona 17		S/D	S/D	S/D	S/D	0	0
Totales			S/D	5920	10648	1588	18156	18156

Fuente: Datos proporcionados por la Lic. Leticia Mariel Roa Ayala (Asistente Técnica del Sub Programa Leishmaniosis - PNCL, de SENEPA). con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2008-2011.

El departamento mayormente beneficiado con acciones de **Conocimiento de la población**, en las actividades de Promoción es en 1er. lugar Central, con 10.690 personas beneficiadas, un 59%, en 2º lugar San Pedro con 3524 personas beneficiadas, un 19% y en 3er. lugar Misiones con 1758, un 10% del total. Los departamentos que no reportan actividades de **Promoción** son Cordillera, Guairá, Caaguazú, Ñembucú, Amambay, Pte. Hayes, Boquerón y Alto Paraguay.

Para el equipo evaluador es muy importante que la institución impulse acciones específicas de capacitación en los departamentos en donde actualmente no realiza ninguna acción de este tipo, considerando que se definió que la población objetivo del Programa era todo el país, dado la presencia del vector en los cuatro puntos cardinales y la existencia de reservorios caninos.

En el 2010, se capacitó a profesionales de salud de áreas rurales, del sistema de Atención Primaria de Salud (APS). Un importante número de unidades USF de zonas endémicas cuentan actualmente con Leishmanina, importante elemento de apoyo para el diagnóstico de los casos de LT, por lo que se fortalecieron servicios de diagnóstico cerca de las áreas de contagio y/o de residencia de los casos, lo que deriva en el tratamiento oportuno de los casos de LT.

En cuanto a las actividades de Promoción, el Sub-Programa Leishmaniosis muestra sub-registros importantes en este tipo de actividades. Si bien, los Planes Operativos Anuales del Componente no contemplaron metas específicas en este tipo de actividades durante los años 2008 y 2009, posteriormente hacia los años 2010 y 2011 aparecen reflejadas en algunos departamentos aunque no fue en la mayoría de los mismos. Por otro lado, la información adolece de un desglose más específico de las actividades (Charlas, personas capacitadas, entrevistas, materiales educativos, etc.) por lo que es muy difícil emitir juicios valorativos sobre el nivel de logro o cumplimiento de metas. Esta es una deficiencia que el Sub-programa debe contemplar corregir en el corto plazo.

Actividades de Prevención

Las actividades de **Prevención** en el **Sub Programa Nacional de Control de las Leishmaniosis - PNCL**, incluyen:

- Tomas de muestras (Nº de sospechosos de **Leishmaniosis Tegumentaria -LT**, y **Leishmaniosis Visceral Humana - LV**).
- Viviendas rociadas.
- Viviendas investigadas entomológicamente.

Con relación al primer aspecto, toma de muestras, durante el período estudiado, tal como se muestra en la siguiente tabla se examinaron 4.406 muestras hematológicas como prueba diagnóstica de Leishmaniosis. Se habían programado 4.300, por lo que se puede decir que se alcanzó un rendimiento mayor en el periodo equivalente a un 102,5%

Tabla N° 26 Nivel de productividad de la Actividad PREVENCIÓN del Sub Programa Leishmaniosis; Periodo 2008 al 2011.

PREVEN CIÓN	2008		2009		2010		2011		TOTALES	
	Meta	Produc ción	Meta	Produ c ción	Meta	Pro duc Ción	Meta	Produ cción	Meta	Produc Ción
Muestras hematológicas examinadas	100	839	1000	1089	1600	1409	1600	1069	4.300	4.406

Fuente: Datos proporcionados por la Lic. Leticia Mariel Roa Ayala (Asistente Técnica del Sub Programa Leishmaniosis, con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2008-2011.

La tabla siguiente muestra el número de viviendas rociadas por sospecha de Leishmaniosis.

Tabla N° 27 Número de viviendas rociadas por sospecha de LT + LV. Actividad PREVENCIÓN del Programa Leishmaniosis– Periodo 2008 al 2011.

Departamento	Zonas del SENEPA - Hospitales-Centros de Salud-Laboratorios	Detalles de las Actividades	Suma de actividades de Prevención 2008	Suma de actividades de Prevención 2009	Suma de actividades de Prevención 2010	Suma de actividades de Prevención 2011	TOTAL (por localidad)	TOTAL (por departamento)
Concepción	ZONA 1	Nº de viviendas rociadas	20		60	59	139	0,9%
San Pedro Norte	ZONA 2 NORTE					20	20	0,1%
	ZONA 2 SUR		1				1	0,01%
Cordillera	ZONA 3		195	3		121	319	2,2%
Guairá	ZONA 4		399		220	31	650	5%
Caaguazú	ZONA 5			5	64	27	96	0,7%
Itapúa	ZONA 7			19	1499	385	1903	13%
Misiones	ZONA 8			175	210	156	541	4%
Paraguarí	ZONA 9		42	204	440	299	985	6,8%
Central	ZONA 11		225	2289	3105	1630	7249	50%
Ñeembucú	ZONA 12		2			3	5	0,03%
Canindeyú	ZONA 14		24				24	0,2%
Asunción	ZONA 18			175	936	1376	2487	17%
Total general			908	2870	6534	4107	14419	100%

Obs.: En el 2008, 2009 y 2010 no se utilizaba el indicador de Nº de viviendas rociadas como una actividad de prevención dentro del POA, pero si se realizaba rociado en los casos positivos de LVH, por ende si se cuenta con los datos de viviendas rociadas.

El departamento con mayor cantidad de **viviendas rociadas** fue Central con 50%, en 2º lugar Capital con 17% y en 3er. lugar Itapúa con 13%. Le siguen en su orden los departamentos de Paraguarí (6.8%), Guairá (5%); y Misiones (4%). Esta situación muestra una mayor preocupación de los equipos de trabajo de SENEPA con las zonas mencionadas anteriormente. Sin embargo, se puede observar que los departamentos que no se han sido beneficiados son San Pedro Sur, Caazapá, Amambay, Pte. Hayes, Boquerón y Alto Paraguay, lo que de nuevo nos lleva a sugerir que la institución debe revisar su planificación y ponerla acorde con los mapas de riesgo que ha definido, así como la población objetivo del programa que ha contemplado en su trabajo, en función que definió que la población objetivo del componente era la población de todo el país para el caso de Leishmaniosis Visceral y la población rural de

todo el país para el caso de la Leishmaniosis Tegumentaria. Aunque se indicó en los criterios de focalización que dado los mapas de riesgo las poblaciones más afectadas suelen estar ubicadas en los departamentos de Central, Paraguarí, Cordillera y Asunción en el caso de Leishmaniosis Visceral; y la población de Canindeyú, San Pedro, Concepción, Caaguazú y Alto Paraná en el caso de Leishmaniosis Tegumentaria.

El departamento con mayor cantidad de *viviendas investigadas entomológicamente*, fue Cordillera con 22%, en 2º lugar Paraguarí con 18% y en 3er. lugar Concepción con 13%, como puede verse en la tabla siguiente.

Tabla N° 28 Número de viviendas investigadas entomológicamente por sospecha de LT + LV. Actividad PREVENCIÓN del Programa Leishmaniosis– Periodo 2008 al 2011.

Departamentos	Zonas del SENEPA - Hospitales- Centros de Salud- Laboratorios	Detalles de las Actividades	Suma de actividades de Prevención 2008	Suma de actividades de Prevención 2009	Suma de actividades de Prevención 2010	Suma de actividades de Prevención 2011	TOTAL (por localidad)	TOTAL (por departamento)
Concepción	ZONA 1	Nº de viviendas investigadas entomológicamente	S/D		9	10	19	13%
San Pedro Norte	ZONA 2 NORTE		S/D			8	8	5,4%
Cordillera	ZONA 3		S/D		10	22	32	22%
Guairá	ZONA 4		S/D	5	8	5	18	12%
Caaguazú	ZONA 5		S/D		9		9	6%
Itapúa	ZONA 7		S/D		1	2	3	2%
Misiones	ZONA 8		S/D			9	9	6%
Paraguarí	ZONA 9		S/D	9	18		27	18%
Alto Paraná	ZONA 10		S/D		3		3	2%
Central	ZONA 11		S/D	5			5	3%
Ñeembucú	ZONA 12		S/D		9		9	6%
Canindeyú	ZONA 14		S/D	1			1	0,7%
Boquerón	ZONA 16		S/D		5		5	3%
Total General			70	20	72	56	148 +70	100%

Obs.: En el 2009 aún no se utilizaba el N° de viviendas investigadas entomológicamente.

En relación a las *viviendas investigadas entomológicamente* entre las actividades de **Prevención**, se puede observar en la tabla que los departamentos que no se han sido beneficiados son San Pedro Sur, Caazapá, Amambay, Pte. Hayes, Alto Paraguay y Capital.

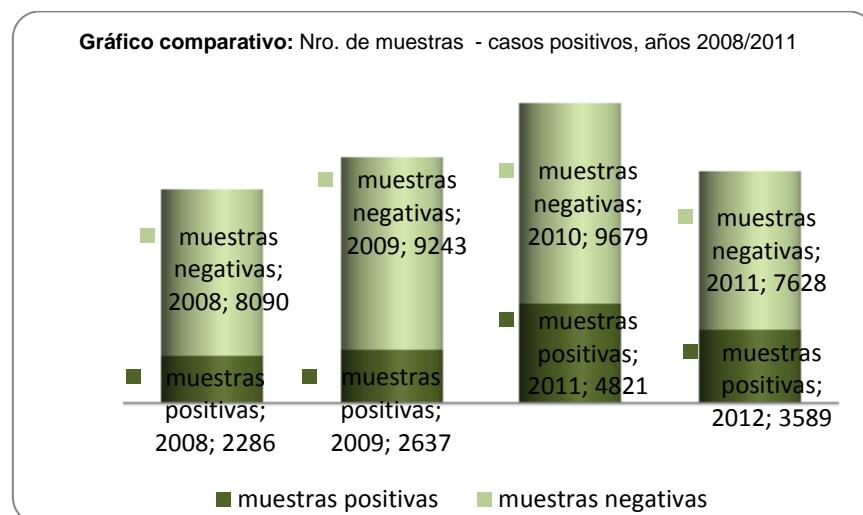
En el año 2009, se realizaron investigaciones entomológicas en el 100% de los casos positivos de LV notificados de las áreas nuevas (fuera de Capital y Asunción): Misiones, Cordillera, Paraguarí, Guairá e Itapúa. Fue capturado e identificado el vector *Lutzomyia longipalpis* en todas las áreas mencionadas con anterioridad. La proporción de la prevalencia en reservorios caninos con LV es superior al 30% en los estudios serológicos realizados en las intervenciones entomológicas ante la aparición de casos humanos⁹⁷.

Control de reservorios caninos

Para la investigación de los reservorios en caninos, el **Programa Nacional de Control de Zoonosis y Centro Antirrábico Nacional, CAN**, se ha encargado del diagnóstico de los mismos, además del sacrificio de los perros con LV, remitiendo los datos al Programa Nacional de Control de las Leishmaniosis (PNCL) para el análisis de la incidencia y de las zonas de posibles focos de infección. El diagnóstico canino es realizado por la prueba diagnóstica RK39. El **PNCL**, colabora con la provisión de dicho insumo.

A continuación el Gráfico comparativo con total de muestras procesadas – casos positivos y negativos - en caninos en el período comprendido entre el 2008 y el 2011⁹⁸:

Gráfica N°13: Total de muestras de casos positivos y negativos diagnosticadas por el **Programa Nacional de Control de Zoonosis y Centro Antirrábico Nacional, CAN**, en el período comprendido entre el 2008 y el 2011



Fuente: Laboratorio de diagnóstico de LVC (Gráfico facilitado por el Dr. Miguel Ángel Castagnino; Director del Programa Nacional de Control de Zoonosis y Centro Antirrábico Nacional (PNCZ –CAN), Entrevista realizada por el equipo evaluador, 02/03/12; San Lorenzo.

El promedio de muestras procesadas en el período de 2008 al 2011 fue de 11.217 aproximadamente, lo que revela un aumento del 72% desde el 2008 al 2011, evidenciando la mejora del Sistema de Vigilancia epidemiológica en relación a los años 2006 y 2007.

⁹⁷ SENEPA, Informes Anuales de Gestión (Memorias 2009, 2010 y 2011).

⁹⁸ **Fuente**, Laboratorio de diagnóstico de LVC (Leishmaniosis Visceral Canina), Gráfico facilitado por el Dr. Miguel Ángel Castagnino; Director del Programa Nacional de Control de Zoonosis y Centro Antirrábico Nacional (PNCZ –CAN), Entrevista realizada por el equipo evaluador, 02/03/2012; San Lorenzo, Paraguay.

Los resultados muestran que en el período de estudio se va dando un incremento significativo de casos positivos en reservorios caninos examinados. Así para el año 2008 se tuvieron 2.286 casos; para el año 2009 2.637 casos; para el año 2010, 4.821 casos; y para el año 2011, 3.589 casos.

Actividades de Recuperación

La detección de casos de LVA se realiza a través de la observación clínica de la esplenomegalia y fiebre, confirmado por la serología RK39, con una sensibilidad del 97 %. Los exámenes directos, utilizan la punción de médula ósea, con una sensibilidad del 92 % y una especificidad del 100 %. La mayoría de los casos de LVA se presentan con hepatoesplenomegalia, fiebre (no muy alta e intermitente, generalmente vespertina), palidez de piel y mucosas, desgano, adelgazamiento, con señales en el hemograma de anemia, leucopenia, neutropenia y plaquetopenia. Los casos con co-infección VIH/LVA, se han ido ampliando entre los años 2008 al 2011.

Se cuentan con *Centros centinelas para diagnóstico y tratamiento de la Leishmaniosis visceral* en los siguientes puntos del país⁹⁹:

En Asunción:

- Instituto de Medicina Tropical (MSP y BS).
- Instituto de Previsión Social (Hospital Central).
- Hospital de Clínicas (UNA).
- Instituto Privado del Niño (Sector privado).
- Sanatorio san Roque – La Costa (Sector Privado).
- Central: Hospital pediátrico Niños de Acosta Nú (MSP y BS, San Lorenzo).
- Centro Materno Infantil.
- Hospital Nacional de Itauguá (MSP y BS).
- Itapúa Hospital Regional de Encarnación.

Cabe destacar además la re-estructuración del **Sistema de Notificación y Registro** de los casos positivos de *Leishmaniosis Tegumentaria*, con el uso de una planilla de notificación mensual, la ficha epidemiológica y planillas computarizadas de registro de los casos que se reportan al Sub Programa¹⁰⁰.

Dentro del Sistema de *Vigilancia Epidemiológica* un logro ha sido la *Digitalización de mapas*, implementado en el *Sistema de información geográfica* para el control de la *Leishmaniosis Tegumentaria*.

A manera de poder visualizar los casos *sospechosos* de *Leishmaniosis* que se presentaron durante el periodo del 2008 al 2011, se muestra la evolución histórica de los mismos en la siguiente tabla.

Tabla N° 29 Número de beneficiarios efectivos (casos sospechosos) del período 2008-2011.

⁹⁹ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2009).

¹⁰⁰ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2009).

TOTAL CASOS SOSPECHOSOS LEISHMANIOSIS	Detalles de las Actividades	2008	2009	2010	2011	TOTAL
TOTAL		839	1089	1409	1069	4406
HOMBRE	Nº de sospechosos que recibieron servicios del SENEPA (pruebas diagnósticas y clínicas) + tratados (con entregas de insumos y medicamentos)	538	727	883	708	2856(65%)
MUJER		301	362	526	361	1550(35%)

Fuente: Datos proporcionados por la Lic. Leticia Mariel Roa Ayala (Asistente Técnica del Sub Programa Leishmaniosis - de SENEPA) de los Informes de Control y Evaluación, de los Ejercicios fiscales de los períodos del 2008 al 2011, remitidos trimestralmente al Ministerio de Hacienda.

La siguiente tabla muestra el número de casos de Leishmaniosis Tegumentaria y Leishmaniosis Visceral tratados durante el período del estudio.

Tabla N° 30 Cantidad de personas con LT + LV Tratadas según procedencia, Periodo 2008 al 2011.

Departamentos	Zonas del SENEPA - Hospitales-Centros de Salud- Laboratorios	Detalles de las Actividades	Suma de actividades de Recuperación	TOTAL por localidad y/o distrito	TOTAL (por Departamento)			
			2008	2009	2010	2011		
Departamento Informante	INFORMADO POR:							
Concepción	Zona 1	Nº de personas con LT + LV Tratadas	5	11	14	32	62 (4,5%)	62 (4,5%)
San Pedro	Zona 2 Norte		20	12	30	10	72 (5,2%)	187 (13,5%)
	Zona 2 Sur		30	32	33	20	115 (8,3%)	
Cordillera	Zona 3		1		0	1	2 (0,1%)	2 (0,1%)
Guairá	Zona 4		14	7	3	2	26 (1,8%)	26 (1,8%)
Caaguazú	Zona 5		40	21	7	23	91 (6,6%)	92 (6,7%)
	Hospital Regional de Coronel Oviedo				0	1	1 (0,07%)	
Caazapá	Zona 6		19	11	6	1	37 (2,7%)	37 (2,7%)
Itapúa	Clínica San Luis				1		1 (0,07%)	31 (2,3%)
	Hospital Regional de Encarnación				1	6	11 (0,8%)	
	Zona 7		14	3	1	1	19 (1,4%)	
Paraguarí	Zona 9		2		1	1	4 (0,3%)	4 (0,3%)
Alto Paraná	Hospital Regional de Ciudad del Este		1				1 (0,07%)	162 (11,8%)
	Zona 10		68	33	39	21	161 (11,7%)	
Central	Centro Materno Infantil de San Lorenzo (CMI)		8	23	16	12	59 (4,3%)	164 (11,8%)
	Hospital General Pediátrico Acosta Nu		10	12	31	11	64 (4,6%)	
	Hospital de Lambaré				0	1	1 (0,07%)	
	Hospital Nacional de Itaugúa		3	6	13	17	39 (2,8%)	
	Hospital Regional de Luque				1		1 (0,07%)	
Amambay	Zona 13		19	11	15	8	53 (3,8%)	53 (3,8%)
Canindeyú	Región Sanitaria 14				0	1	1 (0,07%)	202 (14,6%)
	Zona 14		73	64	36	28	201(14,5%)	

Presidente Hayes	Zona 15		1				1 (0,07%)	1 (0,07%)
Boquerón	Zona 16				1	1 (0,07%)	1 (0,07%)	
Asunción	Centro Médico Bautista			1			1 (0,07%)	356 (25,8%)
	Consultorio Privado			1			1 (0,07%)	
	Hogar San Rafael			1			1 (0,07%)	
	Hospital Barrio Obrero (HBO)				1	2	3 (0,2%)	
	Hospital de Clínicas	19	12	17	12		60 (4,3%)	
	Hospital Rigoberto Caballero		1	2	1		4 (0,3%)	
	Hospital Militar			2			2 (0,1%)	
	Hospital Universitario				1		1 (0,07%)	
	Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS)	25	11	11	23		70 (5,0%)	
	Instituto de Medicina Tropical (IMT)	31	25	48	33		137 (9,9%)	
	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM)			2	3		5 (0,3%)	
	Instituto Privado del Niño (IPN)	1	1				2 (0,1%)	
	Instituto de Previsión Social (IPS)	5	6	17	16		44 (3,1%)	
	Laboratorio Central de Salud			1	1		2 (0,1%)	
	Pública (LCSP)							
	Sanatorio Americano			1			1 (0,07%)	
	Sanatorio Médico LA COSTA			1			1 (0,07%)	
	Sanatorio Migone				1	1	2 (0,1%)	
	Sanatorio San Roque	1	2				3 (0,2%)	
	Sanatorio Santa Clara				2		2 (0,1%)	
	SENEPA Central	11	1	1	1		14 (4,5%)	
Total general		421(30,5%)	311(22,5%)	356(25,8%)	292(21,5%)		1380	

Fuente: Datos proporcionados por la Lic. Leticia Mariel Roa Ayala (Asistente Técnica del Sub Programa Leishmaniosis - , de SENEPA) de los Informes de Control y Evaluación, de los Ejercicios fiscales de los períodos del 2008 al 2011, remitidos trimestralmente al Ministerio de Hacienda.

Comparando las tablas de casos sospechosos y casos confirmados muestran que el número de personas que recibieron servicios del SENEPA (pruebas diagnósticas y clínicas) más tratados (con entregas de insumos y medicamentos) fue de 4.406, de los cuales 1.380 (31%) fueron casos confirmados. Con relación al sexo de las personas diagnosticadas el 65% de los casos correspondió a sexo masculino y 35% a sexo femenino.

El año con mayor cantidad de casos fue el 2008 con el 31% aproximado de los casos, en 2º lugar el 2010 con el 26% aproximado de los casos y en 3er. lugar el año 2009 y 2011 con poca diferencia y porcentajes de 22% aproximadamente.

Los departamentos de Boquerón, Pte. Hayes y Amambay solo presentaron un caso en los cuatro años, el 0,07%.

El departamento de Alto Paraguay y Paraguarí no presentó casos en ninguno de los años en evaluación.

Para el Tratamiento de los casos positivos de LV, el seguimiento se realiza semanalmente, además de reuniones con los médicos tratantes, además del monitoreo del proceso de evolución de cada paciente. La letalidad por LV fue en el 2009 del 10%¹⁰¹. Las drogas utilizadas para el tratamiento son antimoniales pentavalentes como droga de primera elección y Anfotericina B y Miltefosina como drogas de segunda y tercera elección respectivamente.

A continuación se detallan los medicamentos que fueron entregados desde los años 2009 al 2011 por el *Sub Programa Nacional de Control de las Leishmaniosis - PNCL*.

Tabla N° 31 Medicamentos para el tratamiento de los pacientes con Leishmaniosis Visceral y Tegumentaria, en los años 2009 al 2011.

MEDICAMENTOS	Año 2009 (en unidades)	Año 2010	Año 2011	TOTAL
GLUCANTINE	21.17 amp. 6	10.817	5.687	37.680
ESTIBOGLUCONATO DE SODIO	30 frasc 4 .	920	1.402	2626
ANFOTERICINA B	25 frasc 6 .	516	*****	772
MILTEFOSINA	1.24 cáp. 6		395	1641
AMBISOME		158	252	410
TOTAL	22.982	12.411	7.736	43129

Fuente: SENEPA, Informes Anuales de Gestión (Memorias 2009, 2010 y 2011).

La tabla muestra cómo fue disminuyendo la cantidad de medicación entregada así como fueron reduciéndose los casos, del 2009 al 2010 bajaron en un 46%. Del 2010 al 2011 disminuyeron en un orden de 38% con relación al año anterior. No se cuenta con detalles de la medicación entregada en el 2008.

¹⁰¹ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2009).

El Sub Programa disponía en el año 2009, de reservas del medicamento Ambisome, siendo uno de los más efectivos, con escasos efectos adversos, poca toxicidad y la posibilidad del tratamiento acortado de 1 día de internación con ventajas positivas frente a las drogas convencionales. El subprograma la mantener medicamentos en existencia garantiza la posibilidad de recibir tratamiento al diagnosticarse la enfermedad. Al existir en stock los medicamentos respectivos, también se observa una disminución paulatina en el número de medicamentos comprados en el período pasando de 22,982 en el año 2009 a 7.736 en el año 2011.

Valoración General del Componente

Con relación al logro de los indicadores establecidos en la matriz de marco lógico, los indicadores muestran lo siguiente. Con relación al indicador que mide la eficacia de la intervención en cuanto al porcentaje de viviendas que fueron rociadas para la prevención de Leishmaniosis durante el período se alcanzó un 80,.5% de lo programado, percibiéndose un mayor esfuerzo en el año 2010 y un resultado menor en el año 2008.

En cuanto al número de investigaciones entomológicas se observa una disminución del indicador en el año 2009 (40%), para luego darse un repunte hacia el año 2010 (90%) y una estabilización sobre el y70% en el año 2011.

En cuanto al porcentaje de muestras hematológicas examinadas el rendimiento del indicador es de un 84,.7%, con un período de disminución hacia el año 2011 (66,.8%) y un porcentaje mayor del 100% en el año 2009.

Un esfuerzo mayor ha sido realizado en cuanto al número de personas capacitadas para la detección, diagnóstico y tratamiento de enfermos. Este indicador muestra un resultado para el período por arriba del 100%, llegándose a cubrir a 21.306 personas, lo que equivale a 105%.

En cuanto a los porcentajes de pacientes recuperados, en el año 2008 se logró recuperar a 421 personas, sobre 400 casos estimados. En el año 2009 a 311 personas (77,.8%); en el año 2010 a 356 personas (89%) y en el año 2011 a 292 personas. Se percibe una disminución en el número de personas enfermas, así como un proceso de recuperación y/o tratamiento que alcanza entre el 90% y el 100% de los casos detectados.

Si bien los indicadores seleccionados por la institución para dar cuenta del trabajo desarrollado durante el período de estudio indican logros importantes, es un sentido del equipo de evaluación que tanto las actividades de promoción de la salud como de prevención muestran un sub-registro importante y no aparecen reflejadas en los informes respectivos de la institución. Esto acontece sobre todo en cuanto a charlas y capacitación de personas. Hoy en día varios de los equipos zonales no realizan actividades en estos rubros, o bien, no las reportan, ya que no aparecen reflejadas en los informes de la institución.

Por otra parte, dado que la institución definió que la población objetivo del componente era la población de todo el país para el caso de Leishmaniosis Visceral y la población rural de todo el país para el caso de la Leishmaniosis Tegumentaria. Aunque se indicó en los criterios de focalización que siguiendo los mapas de riesgo las poblaciones más afectadas suelen estar ubicadas en los departamentos de Central, Paraguarí, Cordillera y Asunción en el caso de Leishmaniosis Visceral; y la población de Canindeyú, San Pedro, Concepción, Caaguazú y Alto Paraná en el caso de Leishmaniosis Tegumentaria. Hoy día hay acciones en el ámbito de control del vector (rociado de viviendas) que no se realizan en varios departamentos tales como: San Pedro Sur, Caazapá, Amambay, Pte. Hayes, Boquerón y Alto Paraguay, lo que de

nuevo nos lleva a sugerir que la institución debe revisar su planificación y ponerla acorde con los mapas de riesgo que ha establecido.

Para el equipo evaluador es muy importante que la institución considere impulsar acciones específicas de capacitación en los departamentos en donde actualmente no realiza ninguna acción de este tipo; que incorpore acciones de control del vector, a través de investigaciones entomológicas y rociado de viviendas en aquellos departamentos que están definidos como zonas de riesgo y en donde actualmente no realiza dichas acciones (Cordillera, Canindeyú, Caaguazú, etc.)

Consideramos que es un acierto de la institución haber creado los centros centinelas para diagnóstico y tratamiento.

SUB PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS - PNCECH

Tiene el **Propósito**¹⁰² de la “reducción de la transmisión vectorial a través de la vigilancia epidemiológica y entomológica”.

Entre sus **metas** están:

- Alcanzar la interrupción de la transmisión vectorial de *T. cruzi* por *T. infestans*.
- Asegurar el tratamiento del 100% de los casos agudos diagnosticados.
- Controlar el 100% de los volúmenes de sangre donados.

El **Objetivo** es prevenir la mortalidad y disminuir la morbilidad, así como las pérdidas socio-económicas debidas a la enfermedad, mediante la interrupción de la transmisión vectorial, transfusional y el control de la transmisión congénita; en el marco del compromiso de la iniciativa de los países del Cono Sur para la eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas (INCOSUR).

El **Sub Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas - PNCECh**, estableció el Sistema de Vigilancia, con controles específicos y diferenciados según el Chaco Central (departamentos endémicos: Boquerón y Presidente Hayes). Además los servicios de salud realizan el control prenatal y Chagas congénito en Cordillera y Paraguarí, con el soporte de las Regiones Sanitarias respectivas¹⁰³.

El Sistema de Vigilancia se estableció, en los Departamentos de Cordillera, Paraguarí y Concepción y en algunas zonas de San Pedro, Guairá y Misiones. Sin embargo en el Chaco, el trabajo se centraliza en Boquerón y Presidente Hayes¹⁰⁴.

¹⁰² Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo, SENEPA,. Departamento de Gestión de Datos Epidemiológicos. Datos proporcionados al equipo evaluador en marzo 2012.

¹⁰³ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2010).

¹⁰⁴ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2010).

Actividades de Promoción

Las actividades de **Promoción** en el *Sub Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas – PNCECh*, incluyen:

- Personas con Información, Educación y Conocimiento (IEC) en control Prenatal.
- Entrevistas Radiales/televisivas.
- Visitas a Centros de Denuncias/Notificación.
- Viviendas con IEC.
- Participantes en Charlas/Talleres

La tabla siguiente muestra de qué manera se fue dando el proceso de personas con IEC en los servicios de salud en los cuales se realiza control prenatal, en departamentos endémicos de Cordillera y Paraguarí durante los años 2008 al 2011. Vemos que en el año 2008 se capacitaron un total de 2.204 personas; en el 2009 un total de 2.275 personas; en el año 2010 fueron 4.782 personas capacitadas y en el año 2011 fueron 4.234 personas. Se debe tomar en cuenta que para los años 2010 y 2011 a los departamentos de Cordillera y Paraguarí se les sumó el departamento de Boquerón.

Tabla N° 32 Nivel de productividad del Componente PROMOCIÓN del Programa Chagas. Información, Educación y Conocimiento (IEC) en control Prenatal. Periodo 2008 al 2011

Suma de actividades de Promoción 2008	Suma de actividades de Promoción 2009	Suma de actividades de Promoción 2010	Suma de actividades de Promoción 2011	TOTALES
Nº de Personas con IEC en control Prenatal, dptos. endémicos (Cordillera, Paraguarí) 2.204	Nº de Personas con IEC en control Prenatal, dptos. endémicos (Cordillera, Paraguarí) 2.275	Nº de Personas con IEC en control Prenatal, dptos. endémicos (Cordillera, Paraguarí, Boquerón) 4.782	Nº de Personas con IEC en control Prenatal, dptos. endémicos (Cordillera, Paraguarí, Boquerón) 4.235	13.496

Fuente: Datos proporcionados por la Dra. Cesia de Feltes, (Jefa Sub Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas- PNCECh de SENEPA), con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2009-2011.

Como podemos ver en la tabla siguiente, En total las actividades en relación a la cantidad de **Entrevistas Radiales/televisivas y el número de Visitas a Centros de Denuncias/Notificación**, así como el **número de Viviendas con IEC, N° de participantes en Charlas/Talleres en las dos regiones Occidental y Oriental**, fue de 343.026 acciones.

Tabla N° 33 Nivel de productividad del Componente PROMOCIÓN del Programa Chagas. Entrevistas. Notificaciones, etc. Periodo 2008 al 2011

Suma de actividades de Promoción 2008	Suma de actividades de Promoción 2009	Suma de actividades de Promoción 2010	Suma de actividades de Promoción 2011	TOTALES
Nº de Entrevistas Radiales/televisivas Nº de Visitas a Centros de Denuncias/Notificación, Nº de Viviendas con IEC, Nº de participantes en Charlas/Talleres (Región Occidental) (Región Oriental) 204.627	Nº de Entrevistas Radiales/televisivas Nº de Visitas a Centros de Denuncias/Notificación, Nº de Viviendas con IEC, Nº de participantes en Charlas/Talleres (Región Occidental) (Región Oriental) 5.992	Nº de Entrevistas Radiales/televisivas Nº de Visitas a Centros de Denuncias/Notificación, Nº de Viviendas con IEC, Nº de participantes en Charlas/Talleres (Región Occidental) 5.296	Nº de Entrevistas Radio/TV Nº de Visitas a Centros Denuncias, Nº de Viviendas con IEC, Nº de participantes en Charlas/Talleres (Región Oriental) 66.074	219.982
-	-	Nº de Entrevistas Radio/TV Nº de Visitas a Centros Denuncias, Nº de Viviendas con IEC, Nº de participantes en Charlas/Talleres (Región Oriental) 66.074	Nº de Entrevistas Radio/TV Nº de Visitas a Centros Denuncias, Nº de Viviendas con IEC, Nº de participantes en Charlas/Talleres (Región Oriental) 56.970	123,044

Fuente: Datos proporcionados por la Dra. Cesia de Feltes, (Jefa Sub Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas- PNCECh de SENEPA), con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2009-2011.

De la tabla anterior podemos decir que para el año 2008 se realizaron 204.627 acciones de IEC. Para el año 2009 se realizaron 5.992 acciones. Para el año 2010 se realizaron un total de 71.370 acciones, de las cuales, 5.296 se desarrollaron en los departamentos de la Región Occidental (Chaco); y 66.074 acciones a nivel de los departamentos de la Región Occidental (principalmente en los departamentos de Cordillera, Paraguarí, Concepción).

En el año 2011 se realizaron un total de 61.037 acciones, de las cuales 4.067 le correspondieron a la Región Oriental y 56.970 a la región occidental.

Es opinión del equipo evaluador que en tanto la información no se encuentra desagregada ni por actividades específicas ni por departamentos es muy difícil realizar un análisis apropiado de la misma.

Actividades de Prevención

Las actividades de **Prevención** en el *Sub Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas - PNCECh*, incluyen:

- Sistema de Vigilancia Entomológica (Áreas de Vigilancia Vectorial, Búsqueda Activa o Pasiva de Vinchucas)
- Evaluaciones Entomológicas (análisis de ejemplares de Vinchucas capturadas)
- Viviendas evaluadas y viviendas rociadas

- Diagnósticos en control Prenatal, dptos. Endémicos

Sistema de Vigilancia Entomológica

Áreas de vigilancia vectorial

Entre los años 2008 al 2011, las áreas de vigilancia vectorial fueron 128 distritos con 160.000 viviendas vigiladas y los distritos con riesgo de transmisión vectorial fueron 128 con 361.309 viviendas controladas, de una población de zona endémica de 1.703.859¹⁰⁵.

En relación a índices de Infestación triatomínica, se considera que¹⁰⁶

0.1% a 1.5%, índices de infestación triatomínica (reg. oriental) /l.b: 0,1-20%

1 % a 17%, índices de infestación triatomínica (chaco) / l.b: 40-60 %

150,000 personas infectadas

5.2-10 % prevalencia en mujeres embarazadas en dptos. endémicos /l.b: 13 % de prevalencia

4 % frecuencia de transmisión congénita/ 40 casos por año / l.b: 7 %

2,66 % prevalencia- bancos de sangre / 9 % chaco /l.b: 3.8 %

morbilidad:10% de megacolon y 30% de cardiopatías¹⁰⁷

En el 2010¹⁰⁸, las áreas de riesgo se establecieron de la siguiente forma:

- **Mayor riesgo:** Concepción, Cordillera, Paraguarí, Boquerón y Pte. Hayes.
- **Mediano Riesgo:** San Pedro, Guaira, Caazapá, Caaguazú, Misiones.
- **Bajo riesgo:** Canindeyú, Amambay, Itapuá, Ñeembucú, Alto Paraná, Central y Alto Paraguay.

Búsqueda Activa

En relación a la búsqueda activa en el año 2009¹⁰⁹: los departamentos endémicos de la **Región Oriental**, está constituida por Centros de denuncias instalados en todos los distritos (20 en Cordillera, 17 en Paraguarí y 7 en Concepción), un total de 1.892 **Puestos de Notificación** con sus **Líderes capacitados** y monitoreados, con una cobertura del 93 % (501 localidades con Puesto de notificación, de las 538 localidades infestadas detectadas en las etapas de control y vigilancia).

¹⁰⁵ Vigilancia Entomologica y Epidemiologica, de Chagas en Paraguay, Dra. Cesia Villalba de Feltes , Jefa del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas, SENEPA, Asunción, 24 de noviembre 2011.

¹⁰⁶ Vigilancia Entomologica y Epidemiologica, de Chagas en Paraguay, Dra. Cesia Villalba de Feltes , Jefa del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas, SENEPA, Asunción, 24 de noviembre 2011.

¹⁰⁸ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2010).

¹⁰⁹ SENEPA, Informes Anuales de Gestión (Memorias 2009, 2010 y 2011).

Búsqueda Pasiva

En relación a los **Líderes comunitarios**, los departamentos endémicos de Cordillera, Concepción y Paraguarí disponen de 1.892 **Puestos de Notificación**, con Líderes capacitados y monitoreados y una cobertura del 93% (501 localidades con Puesto de notificación, de las 538 localidades infestadas detectadas en las etapas de control y vigilancia¹¹⁰.

En relación a la **recepción de denuncias comunitarias**¹¹¹:

En el 2009 se realizaron 46 denuncias de líderes y pobladores (40 de ellas, referentes a Triatominos). Todas fueron respondidas, según métodos de rociado establecidas por el Subprograma (Concepción: cuatro, Cordillera: uno, Paraguarí: treinta y cinco).

En el Chaco Central tuvo participación la comunidad **vigilancia pasiva**, además de las actividades de evaluación entomológica de manera periódica por los funcionarios del SENEPA, la **vigilancia activa** de modo a lograr la sostenibilidad de los logros alcanzados.

- En Paraguarí: 40 denuncias de las 21 localidades que posee el Departamento, con predominio de *T. sordida* intradomiciliar , 80% (34 viviendas), 7 % con *T. guasayana* (2 viviendas) y 13 % de las denuncias con *Triatoma infestans* (4 viviendas) peridomiciliar.
- En Cordillera: 20 denuncias de 10 localidades, con predominio de *T. sordida* 80% (18 viviendas), 10% con *Rhodnius sp* (1 vivienda) y 10% con *Triatoma infestans* (1 vivienda).
- En Concepción: 52 denuncias de 26 localidades, con predominio de *T. sordida* 90% (48 viviendas), 7% con *T. guasayana* (3 viviendas), 1% con *Rhodnius sp* y 3% con *Triatoma infestans* (1 vivienda).
- En San Pedro: 12 (los triatominos capturados corresponden principalmente a la especie secundaria *T. sordida*, con presencia domiciliar en un 60% de los casos.
- En el Chaco, están instalados los Líderes capacitados y los Puestos de Notificación. Están establecidos 4 Centros de Denuncias (Neuland, Loma Plata, Filadelfia y Mcal. Estigarribia), 88 localidades con Puestos de Notificación, con 141 Líderes. Se han recepcionado y respondido 64 denuncias.
- En Colonia Neuland: 22 viviendas denunciadas, de las cuales 2 con *T. infestans*, 18 con *T. sordida* y 2 con *T. guasayana*.
- Filadelfia: 10 viviendas denunciadas, 8 con *T. sordida* y con 2 *T. guasayana*.
- Loma Plata: 32 denuncias, 28 *T. sordida* y 4 *T. guasayana*.

Siempre en el año 2009, los escolares que habían participado en la Semana de Chagas 2009 realizaron **106 denuncias de viviendas** con insectos, de las cuales 76 de ellas (72%) no fueron positivas como vectores de la enfermedad de Chagas; sin embargo todos los denunciantes recibieron las notificaciones negativas acerca de sus denuncias. Cuatro (**4**) de las **74.339** viviendas analizadas se identificaron como positivas a ***T. infestans*** y **26** resultaron infestadas a vectores secundarios como el ***T. sordida***.

Evaluaciones Entomológicas

¹¹⁰ SENEPA, Informes Anuales de Gestión (Memorias 2009, 2010 y 2011).

¹¹¹ SENEPA, Informes Anuales de Gestión (Memorias 2009, 2010 y 2011).

En el año 2009 se analizaron entomológicamente y se rociaron 7.902 viviendas provenientes de los distritos de Filadelfia, Loma Plata y Colonia Neuland, utilizados 4.531 cargas de insecticidas, dando cobertura a 29.859 habitantes. El rociado fue del 100% de las viviendas programadas, también se realizó cobertura de rociado del 100% de las viviendas con Triatominos.

En el año 2009 se capturaron 3.067 Triatominos durante las evaluaciones entomológicas pre y post rociado; dando como producto **292** viviendas infestadas por *Triatoma infestans*, seguidas de *T. sordida* y en menor número *T. guasayana*. La detección taxonómica de los ejemplares recolectados dio el siguiente resultado: *Triatoma infestans* 69,6%, *Triatoma sordida* 26% y *Triatoma guasayana* 4,4%. Del total de los ejemplares Triatominos analizados parasitológicamente, sólo un *T. infestans* resultó positivo a *Tripanosoma cruzi* (0.03%).

En el año 2011, la cantidad de viviendas evaluadas en la Región Oriental fue de 191.400, con una meta acumulada el 93% de la establecida para el primer semestre. En el Chaco, fueron evaluadas entomológicamente 4180 viviendas, cubriendo el 81 % de la meta programada.

Viviendas Vigiladas y Viviendas Rociadas

Tabla N° 34 Nivel de productividad del Componente Prevención del Programa Chagas – Periodo 2008 al 2011.

DEPARTAMENTOS	Suma de actividades de Prevención 2008	Suma de actividades de Prevención 2009	Suma de actividades de Prevención 2010	Suma de actividades de Prevención 2011	TOTALES
Región Oriental: Alto riesgo: Concepción, Cordillera, Paraguarí Mediano Riesgo: San Pedro, Guaira, Caazapá, Caaguazú. Ñeembucú, Misiones Bajo riesgo: Alto Paraguay, Itapúa, Canendiyú, Amambay y Región Occidental: Pte. Hayes, Boquerón, y Alto Paraguay.	Nº de Viviendas evaluadas y viviendas rociadas <i>(Región Occidental)</i> <i>(Región Oriental)</i> 204.627	Nº de Viviendas evaluadas y viviendas rociadas <i>(Región Occidental)</i> <i>(Región Oriental)</i> 60.541	Nº de Viviendas evaluadas y viviendas rociadas <i>(Región Occidental)</i> 5.992	Nº de Viviendas evaluadas y viviendas rociadas <i>(Región Oriental)</i> 8.752	586.555
			Nº de Viviendas evaluadas y viviendas rociadas <i>(Región Oriental)</i> 176.451	Nº de Viviendas evaluadas y viviendas rociadas <i>(Región Oriental)</i> 130.192	

Fuente: Datos proporcionados por la Dra. Cesia de Feltes, (Jefa Sub Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas- PNCECh de SENEPA), con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2008-2011.

Durante el período analizado se evaluaron y rociaron un total de 586.555 viviendas. El año 2008 fue el año que presentó un número mayor de viviendas rociadas alcanzando la cifra de 204.627 (35%); en el año 2009 se rociaron 60.541 viviendas, equivalente a un 11%. Para el año 2010 de nuevo vemos que las actividades de rociado de vivienda se incrementaron alcanzando un total de 182.443 (32%). Finalmente para el año 2011 se rociaron un total de 138.944 viviendas (24%)

Desde el año 2009 se ha establecido el sistema de *cartografía digital*, para geo-referenciar los resultados obtenidos y el registro, la recuperación e interpretación oportuna de los datos

epidemiológicos y ecológicos que guardan relación con el control de la enfermedad. El objetivo de la estrategia es el reemplazo técnico de reconocimiento geográfico en las actividades operativas en terreno.

Diagnósticos en control prenatal

Como podemos ver en la tabla siguiente durante el período analizado por la evaluación se desarrollaron 25.951 diagnósticos en control prenatales en búsqueda de Chagas materno. De estas actividades, 6.292 (25%) fueron realizadas en el año 2008; 6.782 (27%) en el año 2009; 7.129 (28%) en el año 2010; y 5.748 (23%) en el año 2011.

Tabla N° 35 Nivel de productividad del Componente Prevención del Programa Chagas – Periodo 2008 al 2011.

DEPARTAMENTOS	Suma de actividades de Prevención 2008	Suma de actividades de Prevención 2009	Suma de actividades de Prevención 2010	Suma de actividades de Prevención 2011	TOTALES
Región Oriental: Alto riesgo: Concepción, Cordillera, Paraguarí Mediano Riesgo: San Pedro, Guaira, Caazapá, Caaguazú. Ñeembucú, Misiones	Nº de Diagnósticos en control Prenatal, dptos. endémicos (Cordillera, Paraguarí) 6.292	Nº de Diagnósticos en control Prenatal, dptos. endémicos (Cordillera, Paraguarí) 6.782	Nº de Diagnósticos en control Prenatal, dptos. endémicos (Cordillera, Paraguarí, Boquerón) 7.129	Nº de Diagnósticos en control Prenatal, dptos. endémicos (Cordillera, Paraguarí, Boquerón) 5.748	25.951
Bajo riesgo: Alto Paraguay, Itapúa, Canendiyu, Amambay y Región Occidental: Pte. Hayes, Boquerón, y Alto Paraguay.					

Fuente: Datos proporcionados por la Dra. Cesia de Feltes, (Jefa Sub Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas- PNCECh de SENEPA), con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2008-2011.

En los departamentos de Cordillera y Paraguarí, se realizó tamizaje serológico universal en control prenatal, en cada Servicio Sanitario, y los casos son reportados a laboratorios de la red. En los niños de madres seropositivas detectadas durante el control prenatal, mayores a nueve meses de edad, se toman muestras de sangre en cada servicio sanitario. Los resultados positivos se confirman con muestras serológicas remitidas al IICS y al LCSP, como así también los controles post tratamiento.

Actividades de Recuperación

A manera de poder visualizar los casos confirmados de Chagas que fueron recuperados y tratados, que se presentaron durante el período del 2008 al 2011, se muestra la evolución histórica de los mismos, para el análisis de la cuantificación del nivel de producción del **Sub Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas – PNCECh**, en los departamentos de Cordillera y Paraguarí.

En la siguiente tabla se muestra la evolución histórica del tamizaje serológico realizado en cuanto a estudios de Chagas en el período de los años 2008 al 2011, según nº de beneficiarios con muestras tomadas.

Tabla N° 36 Número de beneficiarios efectivos del período 2008-2011 –Tamizaje serológico en bancos de sangre

	2008	2009	2010	2011	TOTAL
TOTAL CHAGAS	1.927	1.877	1984	1.815	7603

Fuente: Datos proporcionados por la Dra. Cesia de Feltes, (Jefa Sub Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas- PNCECh de SENEPA), con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2008-2011.

Se puede observar que para el año 2008, se realizaron 1.1927 estudios; para el año 2009, 1.877 estudios; para el año 2010, 1.984 estudios y para el año 2011, 1.815 estudios.

La tabla siguiente nos muestra el número de casos de personas enfermas con Chagas que fueron tratadas por el Programa en los departamentos de Cordillera y Paraguarí. En total se trajeron 165 personas; de estas, 89 personas lo fueron en el año 2008; 32 personas en el año 2009; 26 personas en el año 2010; y 18 personas en el año 2011.

Tabla N° 37 Nivel de productividad del Componente RECUPERACIÓN del Programa Chagas – Periodo 2008 al 2011

DEPARTAMENTOS	Suma de actividades de Recuperación 2008	Suma de actividades de Recuperación 2009	Suma de actividades de Recuperación 2010	Suma de actividades de Recuperación 2011	TOTALES
Cordillera y Paraguarí	89	32	26	18	165

Fuente: Datos proporcionados por la Dra. Cesia de Feltes, (Jefa Sub Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas- PNCECh de SENEPA), con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2008-2011.

La mayoría de los casos tratados y recuperados fueron en el 2008 con el 54% de los casos, seguido del año 2009 con 19% de los casos y con el menor N° de casos el 2011 con el 11% de los casos en los d en los departamentos de Cordillera y Paraguarí.

Valoración Global del Componente

Con relación al logro de los indicadores establecidos en la matriz de marco lógico, los indicadores muestran lo siguiente. Con relación al indicador que mide la eficacia de la intervención en cuanto al porcentaje de viviendas que fueron rociadas para la prevención de Chagas vemos que para el período evaluado se alcanzó un porcentaje del 101%. Con indicadores que van de un 84% en el año 2008; 126% en el año 2009; 108% en el año 2010 y un 89% en el año 2011.

Tabla Nº 38 Resumen de la Producción efectiva de las actividades de Prevención, y Promoción, del componente, *Sub Programa Nacional de Control de la enfermedad de Chagas –PNCh* según Indicadores de Marco Lógico, en el período comprendido entre los años 2008 al 2011.

INDICADOR CHAGAS	FÓRMULA DE CÁLCULO	ACTIVIDADES	2008	2009	2010	2011	TOTAL
			EFFECTIVO	EFFECTIVO	EFFECTIVO	EFFECTIVO	
<u>Eficacia/ Producto</u> Porcentaje de capacitaciones realizadas en el año t	Número de capacitaciones realizadas en el año t/número de capacitaciones planificadas en el año t * 100	Nº de Personas con IEC en control Prenatal/ N° de Entrevistas Radiales/televisivas Nº de Visitas a Centros de Denuncias/Notificación, Nº de Viviendas con IEC,Nº de participantes en Charlas/Talleres	(2204 +204627) 206831/ 244400 85 %	(2275+5992) 8.267/ 3400 243 %	(4782 + 71.370) 76.152/ 62750 82 %	(4235+610 37) 65272/ 46730 140%	356.522 137.5% 140%
<u>Eficacia/ Producto</u> Porcentaje de viviendas rociadas en el año t.	Número de viviendas rociadas en el año t/Número de viviendas programadas en el año t*100	Viviendas evaluadas y viviendas rociadas	204627/ 242000 84 %	60541/ 48000 126 %	(176451 RO + 5992 ROcc) 182443/16 9000 108 %	(130192 RO+ 8752 ROcc) 138944/15 7000 89 %	586.555 101%
<u>Eficacia/ Producto</u> Porcentaje de intervenciones de control realizadas en el año t (bloqueos de casos)	Número de intervenciones de control realizadas en el año t/ Número de intervenciones control programadas en el año t * 100	Diagnósticos en control Prenatal	6292/6500 96 %	6782/12000 57 %	7129/7500 95 %	5748/7500 77 %	25.951/ 33.500 77.5%

Fuente: Datos proporcionados por la Dra. Cesia de Feltes (Jefa Sub Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas- PNCECh de SENEPA), con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2008-2011.

La anterior muestra de qué manera se fue dando el proceso de capacitación de personas en los servicios de salud en los cuales se realiza control prenatal. Vemos que en el año 2008 se

capacitaron un total de 2.204 personas; en el 2009 un total de 2.275 personas; en el año 2010 fueron 4.782 personas capacitadas y en el año 2011 fueron 4.234 personas.

También podemos decir que para el año 2008 se realizaron 204.627 acciones de IEC (Información, Educación y Conocimiento). Para el año 2009 se realizaron 5.992 acciones. Para el año 2010 se realizaron un total de 71.370 acciones, de las cuales, 5.296 se desarrollaron en los departamentos de la Región Occidental (Chaco); y 66.074 acciones a nivel de los departamentos de la Región Occidental (principalmente en los departamentos de Cordillera, Paraguarí, Concepción). En el año 2011 se realizaron un total de 61.037 acciones, de las cuales 4.067 le correspondieron a la Región Oriental y 56.970 a la región occidental. Si bien los resultados muestran logros importantes en los indicadores que van de un 85% en el año 2008, un 243% en el año 2009, un 82% en el año 2010, y un 140% en el año 2011, es opinión del equipo evaluador que en tanto la información no se encuentra desagregada ni por actividades específicas ni por departamentos es muy difícil realizar un análisis más apropiado de la misma, lo que constituye un problema que debe ser resuelto a la menor brevedad por parte de la institución.

Durante el período analizado se evaluaron y rociaron un total de 586.555 viviendas. El año 2008 fue el año que presentó un número mayor de viviendas rociadas alcanzando la cifra de 204.627, equivalente a un 84% de lo que se había programado para dicho año. Para el año 2009 se rociaron 60.541 viviendas, equivalente a 126% en tanto se habían programado rociar a 48.000 viviendas. Para el año 2010 se alcanza un 108% del indicador y para el año 2009, un 89%.

Es importante mencionar que si bien se han logrado alcanzar los porcentajes establecidos para el rociado de viviendas, sería importante que la institución establezca de manera más precisa las metas que elabora en sus Planes Operativos Anuales, en cuanto a que los márgenes entre lo programado y lo ejecutado no se den de manera desbalanceada.

En cuanto al número de intervenciones entomológicas los resultados del indicador apuntan al logro de un 77.5% en el periodo, con cifras que van de un 96% en el año 2008, 57% en el año 2009; 95% en el año 2010, y 77% en el año 2011.

En cuanto a las actividades de recuperación, un total de 165 personas fueron diagnosticadas y tratadas por la enfermedad de Chagas. De estas, 89 personas lo fueron en el año 2008; 32 personas en el año 2009; 26 personas en el año 2010; y 18 personas en el año 2011.

Llama la atención al equipo evaluador el trabajo que se realiza a nivel de los puestos de notificación y la participación de los líderes comunitarios. Sí bien durante el trabajo de campo encontramos que había desniveles importantes en cuanto a la participación de la población en los distintos departamentos visitados, consideramos que es un acierto que el Sub-programa haya establecido dicha modalidad; a la par del trabajo a nivel escolar con la Semana del Chagas. Es importante que este tipo de iniciativas se fortalezcan y el Sub-programa podría orientar recursos a fortalecer la participación comunitaria.

SUB PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE ESQUISTOSOMIASIS- PNCVE

Tiene como **Propósito:**¹¹² “mantener el Status de Ausencia de casos de Esquistosomiasis, a través de la Vigilancia”.

Su **Meta**, es mantener una tasa de morbilidad para Esquistosomiasis menor a 1 por 100.000 habitantes en departamentos de riesgo como Itapúa, Misiones (parcial), Alto Paraná y Canindeyú.

Su **Objetivo General** es: Reducir la posibilidad de introducción e instalación de la patología en las áreas de Influencia de las Represas Yacyretá e Itaipú, mediante actividades de vigilancia epidemiológica que incluye en primer orden vigilancia de la fauna malacológica en puestos centinelas (Búsqueda y captura de planorbídeos - Control a infección – Identificación de especie) y Control de personas (exámenes coproparasitológicos).

El **Sub Programa de Vigilancia y Control de Esquistosomiasis (PNVCE)**, el mismo continúa con la vigilancia malacológica y coproparasitológica en las áreas de influencia de las represas hidroeléctricas.

Actividades de Promoción

Las actividades de **Promoción** en el **Sub Programa Nacional de Control de Esquistosomiasis- PNCVE**, incluyen:

Capacitación, Información Educación y Comunicación a Comunidades de riesgo a través de:

- Charlas
- Participantes de las actividades de IEC

A continuación el nivel de productividad de la Actividad PROMOCIÓN del **Sub Programa de Vigilancia y Control de Esquistosomiasis (PNVCE)** – Periodo 2009 al 2011.

Tabla N° 39 Nivel de productividad de la Actividad PROMOCIÓN del **Sub Programa de Vigilancia y Control de Esquistosomiasis (PNVCE)**– Periodo 2009 al 2011.

ENFERMEDADES	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	TOTAL
Capacitación, Información Educación y Comunicación a Comunidades de riesgo realizados: Número de Charlas	120	139	175	138	572
Cantidad de participantes	2.160	2.711	2.911	2.474	10256

Fuente: Datos facilitados del **Sub Programa Nacional de Control de Esquistosomiasis- PNCVE**, por la Lic. Lourdes Carolina Segovia Bogado, Asistente Técnica de Jefatura del Departamento de Programas, con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2008-2011.

En relación a **Capacitación, Información Educación y Comunicación (IEC) a Comunidades de riesgo**, se desarrollaron un total de 572 acciones. Para el año 2008 se realizaron 120; para el año 2009, 139; para el año 2010, 175; y para el año 2011, 138.

En total se capacitaron en el período 10.256 personas. De estas, se capacitaron 2.160 en el año 2008; 2.711 en el año 2009; 2.911 en el año 2010; y 2.474 en el año 2011.

¹¹² Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo, SENEPA,. Departamento de Gestión de Datos Epidemiológicos. Datos proporcionados al equipo evaluador en marzo 2012.

En referencia a *Capacitación, Información Educación (IEC) y Comunicación a Comunidades de riesgo* a través de *Charlas*, el departamento con mayor actividad fue Itapúa con 400 acciones, con un 70%, posteriormente en 2º lugar Misiones con 140 actividades y un porcentaje de 25% aproximadamente. Los departamentos con menor número de charlas fueron Caaguazú, Capital y Alto Paraná con 0, 1 y 2 charlas respectivamente. Las charlas fueron destinadas a Instituciones Educativas, Representantes de Comisiones Vecinales y otros. Los temas se centraron en: medidas preventivas, síntomas y la importancia de la participación de la comunidad en la vigilancia¹¹³. Esto se explica porque el Sub-programa realiza principalmente sus actividades en el departamento de Itapúa, Alto Paraná y en un municipio de Misiones. Llama la atención que en Alto Paraná sólo se haya desarrollado dos charlas, lo que deberá ser tomado muy en cuenta por el equipo directivo de la institución al revisar la planificación operativa del sub-programa, a fin de corregir dicha falencia.

A continuación la cantidad de Instituciones Educativas trabajadas por localidad del *Sub Programa de Vigilancia y Control de Esquistosomiasis (PNVCE)*– Periodo 2009 al 2011.

Tabla N° 40 Cantidad de Instituciones Educativas trabajadas por localidad, del *Sub Programa de Vigilancia y Control de Esquistosomiasis (PNVCE)*, Periodo 2009 al 2011.

CANTIDAD DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS TRABAJADAS POR LOCALIDAD	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	TOTAL
Dpto. de Itapúa	12	17	23	20	72
Dpto. de Misiones	2	4	8	10	24
Dpto. de Canindeyú	3	1	S/D	S/D	4
TOTAL	17	22	31	30	100

Fuente: Datos facilitados del *Sub Programa Nacional de Control de Esquistosomiasis- PNCVE*, por la Lic. Lourdes Carolina Segovia Bogado, Asistente Técnica de Jefatura del Departamento de Programas, SENEPA del pe con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2008-2011.

Itapúa fue el departamento que tuvo la mayor cantidad de instituciones educativas trabajadas con el 72%, *Misiones* tuvo el 24% de de instituciones educativas trabajadas y *Canindeyú* el 4% restante. Se dice que dichas instituciones educativas fueron “trabajadas” en tanto se dieron capacitaciones específicas a los estudiantes de dichos centros educativos.

¹¹³ Datos facilitados del *Sub Programa Nacional de Control de Esquistosomiasis- PNCVE*, por la Lic. Lourdes Carolina Segovia Bogado, Asistente Técnica de Jefatura del Departamento de Programas, de SENEPA del periodo 2008 al 2011.

Actividades de Prevención

Las actividades de *Prevención* en el *Sub Programa Nacional de Control de Esquistosomiasis- PNCVE*, incluyen:

- Muestreo y análisis Malacológicos realizados.
- Personas analizadas.
- Estaciones de Vigilancia y Control evaluados de Biomphalarias.
- Control de viviendas en riesgo.

A continuación el nivel de productividad de la Actividad PREVENCIÓN del *Sub Programa de Vigilancia y Control de Esquistosomiasis (PNVCE)* – Periodo 2008 al 2011.

Tabla N° 41 Nivel de productividad de la Actividad PREVENCIÓN del *Sub Programa de Vigilancia y Control de Esquistosomiasis (PNVCE)*– Periodo 2009 al 2011.

ENFERMEDADES	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	TOTAL
Muestreo y análisis Malacológicos realizados	3.239	2.847	3.369	3.233	12688
Personas analizadas	2.005	2.081	2.227	1.878	8191
Estaciones de Vigilancia y Control evaluados de Biomphalarias.	298	270	310	307	1185

Fuente: Datos facilitados del *Sub Programa Nacional de Control de Esquistosomiasis- PNCVE*, por la Lic. Lourdes Carolina Segovia Bogado, Asistente Técnica de Jefatura del Departamento de Programas, de SENEPA con base a los resultados oficiales del Subprograma para el período 2008-2011.

La tabla anterior nos muestra que en relación al muestreo y análisis Malacológico se realizaron 12.688 acciones en el período estudiado. De estas acciones, 3.239 se realizaron en el año 2008; 2.847 fueron realizadas en el año 2009; 3.369 acciones fueron realizadas en el año 2010; y 3.233 acciones en el año 2011.

En cuanto a personas analizadas (estudios de heces buscando la presencia del parásito) encontramos que para el período se realizaron 8.191 estudios. De estos 2.005 fueron realizados en el año 2008; 270 fueron realizados en el año 2009; 310 en el año 2010; y 307 en el año 2011.

Con referencia a las *Estaciones de Vigilancia y Control evaluados de Biomphalarias*, el año con mayor producción fue el 2010, con 310 actividades realizadas, seguido del 2011 con 307 y un porcentaje de 26%, el año con menor número de *Estaciones de Vigilancia y Control evaluados* fue el 2009 con 23%. En áreas de influencia de las dos Represas, se han realizado las actividades de vigilancia (búsqueda y captura de Planorbídeos). La distribución de las especies es bien marcada, encontrándose *B. tenagophila* y *B. intermedia* en el área de influencia de la Represa de Yacyretá (departamentos Itapúa y Misiones) y únicamente la especie *B. peregrina* en el área de influencia de la Represa de Itaipú

El departamento que mayor registro de **Muestreo y análisis Malacológicos** fue el de Itapúa con 5025 de actividades realizadas con el 40% de producción entre el 2008 al 2011, seguido por Alto Paraná con 4392 y un 35% de nivel de producción. El departamento menos beneficiado por **Muestreo y análisis Malacológicos** fue Asunción con 0 de actividades realizadas. De nuevo esto tiene su explicación en el hecho de que el Sub-programa está dirigido fundamentalmente al control de las zonas aledañas a las represas de Itaipú y Yacyretá, por lo que es en los departamentos de Itapúa, Alto Paraná y en el municipio de Ayolas del departamento de Misiones en donde se realizan dichas actividades.

A continuación la distribución de especies por Departamento

Tabla N° 42 Distribución de especies por Departamento.

Departamentos	Nº Sitios centinelas	Especies colectadas	Observación
ALTO PARANA	12	Biomphalaria peregrina	Vector intermediario secundario sin infección
ITAPÚA	11	Biomphalaria tenagófila Biomphalaria intermedia	Vector intermediario secundario sin infección
MISIONES	3	Biomphalaria tenagófila Biomphalaria intermedia	Vector intermediario secundario sin infección
TOTALES	26	3 especies	Sin infección

Fuente: SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2010).

Se evidencia la Biomphalaria Tenagófila, la Biomphalaria Intermedia y el Vector intermediario secundario sin infección en los departamentos de Alto Paraná, Itapúa y Misiones.

En lo que respecta a las **Estaciones de Vigilancia y Control de Biomphalias**, el departamento con mayor producción fue Itapúa con 504 actividades realizadas y un porcentaje de 43% aproximadamente. En 2º lugar Alto Paraná con 478 actividades cumplidas y un porcentaje de 40%. El departamento de menor producción fue Caaguazú con 1 estación de vigilancia y control de Biomphalias realizado. Esto se comprende en cuanto la tarea principal de vigilancia se centra más hacia las zonas de frontera con Brasil ante la existencia de Esquistosomiasis en dicho país.

En relación con las **Viviendas vulnerables analizadas**, el departamento de Itapúa realizó la mayor cantidad de actividades con 840 lo que muestra un porcentaje de 53% del total, en 2º lugar el departamento de Misiones realizó 708 actividades y un porcentaje de producción de 45%. El departamento menos beneficiado con las actividades fue Alto Paraná con ninguna vivienda vulnerable analizada. Llama la atención la menor productividad de viviendas analizadas en el departamento de Alto Paraná en cuanto que es una zona fronteriza que requiere mayor vigilancia.

Valoración Global del Componente

Con relación a los indicadores presentados en el Marco Lógico en relación a su dimensión y ámbito. Se evidencia que tres indicadores corresponden a las actividades de **Prevención** y uno corresponde a las actividades de **Promoción**.

En la actividad de **Prevención** el indicador que mide *Número de intervenciones de control realizadas en el año t/ Número de intervenciones control programadas en el año t (Estaciones de Vigilancia y Control de Biomphalias)*, corresponde a la dimensión de **eficacia** y al ámbito de **producto**, se pudo constatar que el programa alcanzó promedios por arriba del 80% de manera anual. El año con menor porcentaje fue el año 2009 con un 80.3% y el año más alto fue el año 2011 con un 91.3%.

El indicador relacionado al *Número de investigaciones entomológicas realizadas en el año t/Número de investigaciones programadas para el año t*, (Muestreo y análisis malacológico, corresponde a la dimensión de **eficacia** y al ámbito de **proceso**, se logró alcanzar promedios por arriba del 82%. En el ámbito de las capacitaciones los resultados arrojaron cifras por arriba del 100%, lo que permite estimar que la población a la que se pretende llegar ha recibido la información respectiva sobre la enfermedad y los mecanismos de transmisión.

3.3.2. Desempeño del Programa a nivel de Propósito

Análisis de Cumplimiento del Propósito

El Sub-Programa *Control y Vigilancia de Enfermedades Trasmitidas por Vectores* de SENEPA busca intervenir en la Alta Morbilidad de Enfermedades transmitidas por Vectores, en el Paraguay¹¹⁴.

Tiene como *Propósito* la Reducción y Control de las Enfermedades transmitidas por vectores.

El objetivo a nivel del propósito se encuentra definido en cada uno de los cinco Sub Programas que se contemplan y explicitan la población sujeto del programa, las familias y sus comunidades. Asimismo, expresan la forma cómo los Sub Programas beneficiarán a las mismas.

Los resultados presentados en el apartado anterior muestran que SENEPA ha logrado tener una incidencia significativa en la reducción y control de la Malaria en donde los casos se han reducido significativamente durante el período objeto de la evaluación, pasando de 341 casos en el año 2008 a únicamente 10 casos en el año 2011; lo cual significa una reducción importante en un 97% durante el período de estudio. Si se compara con otros países de América Latina, miembros de la Organización Panamericana de la Salud, en donde la malaria ha sido endémica, se ve que entre los 8 países que lograron reducir al menos en un 50% el número de casos, Paraguay es uno de los que ha tenido logros significativos; al igual que Argentina y Bolivia, que lograron reducciones del orden del 74% y del 53%, respectivamente.

Sí se toma la línea de base establecida para Paraguay en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (9.946 casos para el año 1999), la reducción es del orden del 99,9%; lo que muestra un logro altamente significativo para el país.

¹¹⁴ *Marco Lógico y Construcción de Indicadores de Desempeño*, Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo, Elaborado en el *Taller de elaboración del Marco Lógico y Construcción de Indicadores de Desempeño*, Organizado por la Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda y SENEPA, Asunción, 22 y 23 de noviembre, 2011.

Todos los casos de malaria fueron recuperados en un 100% y no se tuvo que lamentar ningún fallecimiento.

En el caso de Dengue, las constantes epidemias provocadas por el vector desde el año 1988, pero más críticamente después del año 2008, ha puesto de manifiesto la capacidad que tiene la institución para responder a las emergencias.

Si bien la Estrategia de Gestión Integrada desarrollada para el país contempla seis componentes claves para el control y la prevención de dengue: Saneamiento Ambiental, Promoción de la Salud y Comunicación Social, Vigilancia Entomológica, Vigilancia Epidemiológica, Laboratorio y Clínica. SENEPA únicamente tiene bajo su responsabilidad el componente de Vigilancia Entomológica de la EGI-Dengue. El componente de promoción y comunicación, dependen de la Dirección General de Promoción de la Salud.

Durante el período se han presentado 60.959 casos de personas que han caído enfermas producto del ataque que realiza el vector. De 110 casos reportados en el año 2008, 4.339 en el año 2009, 13.565 en el año 2010, a 42.945 casos en el 2011, se percibe un crecimiento considerable y una extensión de la epidemia que ha abarcado prácticamente todo el territorio nacional. Esto se ha debido no sólo a las condiciones climáticas y ambientales que favorecen la reproducción del mosquito, sino también a la circulación simultánea de varias cepas. Así para los años 2008 y 2009 circulaban de manera conjunta las cepas 1 y 2; para el año 2010 se agregó la cepa 3; y se considera que hacia fines del año 2011 hizo su aparición la cepa número 4. De todos los casos reportados, para el año 2010 se tuvieron 15 fallecidos por la enfermedad y para el año 2011, la cifra alcanzó a 62 personas.

Esta situación llevó a SENEPA a definir una serie de acciones que le permitieran manejar de manera más efectiva las epidemias. Por Resolución S.G. Nº 530 del 27 de julio del 2009, el Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue dio inicio a la implementación de su Plan Inter epidémico, que contempla:

- Preparación para la intervención inmediata ante la aparición de escenarios epidemiológico de posible reintroducción del Dengue, con actividades adecuadas y oportunas, priorizando bloqueos de casos, con coberturas del 100% de casos confirmados y al menos 50% de los sospechosos (incluye actividades de eliminación de criaderos, rociados con máquinas liviana y pesada, búsqueda de más febris).
- Realización de charlas informativas a instituciones educativas, comisiones vecinales, autoridades locales y municipales durante todo el año por medio de Emisiones radiales, televisivas.
- Realización de talleres para entrenar a los operarios de campo con énfasis en rociado.
- Implementación de control de calidad de los equipos de rociado: Dispone de capacidad técnica de montar un sistema de control de calidad para los equipos de rociado.

Debido a las condiciones de pobreza, de educación, climáticas y de tránsito migratorio, el Paraguay sigue siendo un país propenso a padecer los embates de las enfermedades transmitidas por vectores. A ello se suman factores que tienen que ver con los inadecuados sistemas de recolección de residuos, y un bajo nivel de educación sanitaria y ambiental; que conlleva serios problemas de saneamiento ambiental.

La tabla siguiente presenta algunos datos comparativos entre países de América Latina que han venido sufriendo las epidemias de Dengue en los últimos años y que presentan algunas condiciones parecidas al Paraguay.

Como podemos ver en el año 2006 Paraguay presentaba una incidencia de Dengue de 75.8 casos por 100,000 habitantes; mientras que países como Guatemala o Nicaragua presentaban tasas menores que estaban alrededor de 25 casos por 100.000 habitantes. Otros países como Bolivia y Honduras presentaban tasas por arriba de 100 casos (102 y 128 casos, respectivamente). Colombia presentaba una tasa de incidencia de Dengue de 180.7 y El Salvador una de 307.8 (lo que habla de una epidemia significativa en este último país).

Para el año 2009, ya con varios brotes epidémicos, Paraguay presentó hacia la Semana Epidemiológica número 49 un total de 13.768 casos; mientras que El Salvador hacia la Semana Epidemiológica 42 había presentado 11.745 casos; Guatemala 8.400 casos; Honduras 8.559 casos; y Nicaragua 10.078 casos. Si bien es importante tomar en cuenta que el dato que se tiene sobre Paraguay para este año es entre 7 a 9 semanas más que lo que habían reportado los otros países, por lo que se podría suponer que para las mismas semanas epidemiológicas, Paraguay se encontraba en condiciones bastante similares a la de los países de América Central (Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua).

Tabla N° 43 Número de casos de Dengue. Años 2006 y 2009 en países seleccionados de América Latina.

PAÍS	Población total 2010	% de población viviendo en pobreza	Tasa de mortalidad infantil x 100.000 2010	Tasa de incidencia de Dengue x 100.000 habitantes 2006 (¹¹⁵)	No. De Casos confirmados de Dengue 2009	Tasa de letalidad Dengue 2009
Bolivia	10.426.000	54.0% (2007)	41.7	102.0	s.d.	s.d.
Colombia	47.859.000	44.3% (2010)	16.5	180.7	s.d.	s.d.
Ecuador	14.200.000	39.2% (2010)	17.6	45.1	s.d.	s.d.
El Salvador	7.453.000	46.6% (2010)	13.9	307.8	11.745 (SE42)	3,44%
Guatemala	14.362.000	54.8% (2006)	9.0	24.5	8.400 (SE42)	11,76%
Honduras	7.614.000	67.4% (2010)	20.3	128.3	8.559 (SE40)	5,5%
Nicaragua	5.825.000	61.9% (2005)	22.6	25.9	10.078 (SE42)	s.d.
Paraguay	6. 451.000	54.8% (2010)	20.8	75.8	13.768 (SE49)	s.d.
Perú	28.861.000	31.3% (2010)	14.9	14.2	s.d	s.d

Fuente: Construcción propia con datos de población, pobreza y mortalidad infantil obtenidos de CEPAL; y datos sobre casos de dengue obtenidos de OPS (¹¹⁶).

Para el año 2011, cuando ya la Organización Panamericana de la Salud había dado la alerta que representaba la persistencia del fenómeno meteorológico de La Niña -con períodos de lluvias intensas- y la continuidad de los macro-factores generadores del dengue en la Región, la Organización Panamericana de la Salud recomienda a los Estados Miembros a continuar y reforzar las acciones de prevención y control que involucren a todos los actores gubernamentales y/o no gubernamentales y sobre todo, a la comunidad ¹¹⁷.

¹¹⁵ Pan American Health Organization. <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/Dengue.htm>. Citado en: Gómez Dantés, Héctor y Ramsey Willoque, Janine. Dengue en las Américas : Desafíos para su prevención y control. Fundación Mexicana para la Salud. México, DF. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 25 Sup 1S19-S31, 2009. 13 pp.

¹¹⁶ Tabla construida con base en los datos obtenidos sobre dengue para el año 2006 de: : Gómez Dantés, Héctor y Ramsey Willoque, Janine. Dengue en las Américas : Desafíos para su prevención y control. Fundación Mexicana para la Salud. México, DF. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 25 Sup 1S19-S31, 2009. 13 pp., Para los años 2009 se utilizó: a) Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica: Actualización sobre la situación de Dengue en las Américas. Situación del Dengue 2010-2011/Alerta Dengue 2011. Publicado el 2 de febrero del 2011. 7 pp.; y b) Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica: Actualización sobre la situación de Dengue en las Américas. Publicado el 19 de agosto del 2011. 5 pp. Los datos sobre población total, % de población viviendo en pobreza y tasas de mortalidad infantil x 100.000 fueron tomados de los informes de CEPAL: Panorama Social de América Latina años 2010 y 2011.

¹¹⁷ Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica: Actualización sobre la situación de Dengue en las Américas. Situación del Dengue 2010-2011/Alerta Dengue 2011. Publicado el 2 de febrero del 2011. 7 pp.

Tabla N° 44 Número de casos de Dengue. Año 2011 (Semana Epidemiológica 28-30) en países seleccionados de América Latina.

PAÍS	Población total 2010	No. De Casos confirmados de Dengue 2011 (¹¹⁸)	Tasa de Incidencia 2011 x 100.000 habitantes
Bolivia	10.426,000	26.019 (SE29)	267,49
Colombia	47.859.000	19.428 (SE29)	84,93
El Salvador	7.453.000	5.644 (SE30)	88,23
Paraguay	6. 451.000	35.027 (SE30)	542,97
Perú	28.861.000	33.888(SE28)	114,82

Fuente: Construcción propia con datos de población, pobreza y mortalidad infantil obtenidos de CEPAL; y datos sobre casos de dengue obtenidos de OPS.

Para el año 2011, Paraguay tuvo lo que hasta ahora ha sido su peor epidemia de Dengue. Al comparar datos de casos confirmados en el 2011, encontramos que Bolivia y Perú presentaron condiciones parecidas a las de Paraguay (con 26.019 casos para la semana epidemiológica 29 en el caso de Bolivia y de 33.888 casos para la semana epidemiológica 28 en el Perú). Para esa época El Salvador presentaba un número mucho menor de casos.

Adicionalmente la OPS, desde hace varios años, pero en particular en agosto del año 2011, sugería a todos los países de América Latina mantener¹¹⁹:

- Una alta vigilancia clínica, epidemiológica y entomológica; comunicando oportunamente cualquier aumento de casos y de los índices del vector, para tratar de dar una respuesta anticipada y efectiva, global y no solo sectorial.
- Acciones organizadas y coordinadas de reordenamiento ambiental, dirigidas a eliminar los criaderos habituales y potenciales del vector.
- Una capacidad de respuesta del sistema de salud para responder a un posible aumento de las formas graves del dengue, sobre todo en aquellos países y territorios donde se detecte por laboratorio la introducción de nuevos serotipos de la enfermedad.
- La capacitación de todo el personal del sistema de salud y sobre todo, de los niveles de atención primaria. Evitar muertes debe ser la primera prioridad del sector salud.
- El adecuado funcionamiento de los equipos de fumigación y reservas de plaguicidas para responder oportunamente.
- Las acciones de monitoreo (control de calidad) y de trabajo de campo de los operarios, tanto durante el tratamiento focal como en el tratamiento adulticida (fumigación). En la medida que se haga coincidir las acciones para el control del vector en espacio y tiempo

¹¹⁸ Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica: Actualización sobre la situación de Dengue en las Américas. Publicado el 19 de agosto del 2011. 5 pp.

¹¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica: Actualización sobre la situación de Dengue en las Américas. Situación del Dengue 2010-2011/Alerta Dengue 2011. Publicado el 2 de febrero del 2011. 7 pp.

(incluyendo el control adulticida y larvario por personal entrenado, las tareas de saneamiento y el impulso de las acciones comunitarias) su impacto será mayor y en menor tiempo.

- La estrategia de comunicación social para cambios de conducta, que debe ser dirigida a eliminar los principales y más productivos criaderos del vector.

Dado que a SENEPA le compete el control del vector, en función de que es a los servicios de salud a los que les corresponde la atención de los pacientes, los indicadores y resultados mostrados en la sección anterior (3.1 Desempeño del Programa en cuanto a la cuantificación del nivel de producción de los componentes), indican y reflejan el enorme esfuerzo que ha tenido que realizar la institución para dar respuesta consistente a lo creciente de la epidemia.

Si bien encontramos una serie de indicadores que muestran una alta productividad por parte del personal de SENEPA en cuanto a la lucha contra el vector del dengue, el propósito de “contribuir a mantener baja la incidencia del Dengue en el Paraguay, para reducir la repercusión social económica de la enfermedad como lo establece la EGI Nacional (menos del 5% de Índice de Infestación según OMS/OPS)”, aún no ha sido alcanzado. Diversos son los motivos que se encuentran para explicar esta situación. Sobre todo cabe mencionar el hecho de las condiciones climáticas y ambientales del país que permiten tener espacios para la reproducción óptima del vector; la falta de educación sanitaria; la ausencia de sistemas integrales de recolección de basura y de manejo de desechos sólidos; la poca conciencia que tiene un buen sector de la población en evitar que en sus casas se establezcan criaderos de mosquitos; el poco (aunque últimamente más frecuente) involucramiento de las autoridades municipales en el control ambiental, etc. El control del vector es sólo una de las múltiples actividades que deben desarrollarse para lograr una Estrategia de Gestión Integrada que brinde los frutos esperados. A pesar de ello, podemos decir que SENEPA ha trabajado arduamente en tratar de controlar el vector, pero la amplitud de las epidemias muchas veces les excede por lo que se requiere de iniciativas que movilicen más activamente a la población y a las autoridades respectivas.

En el caso de Leishmaniosis, durante el período del estudio se presentaron 1088 casos de Leishmaniosis Tegumentaria y 402 casos de Leishmaniosis Visceral. En el caso de la Leishmaniosis Tegumentaria la tendencia muestra una disminución en un 51.3%, pasando de 380 casos en el año 2008 a 185 casos en el año 2011. En el caso de Leishmaniosis Visceral, la tendencia es más bien ascendente pasando de 61 casos a 114 casos mostrando un crecimiento en un 86%

Los resultados en cuanto a Leishmaniosis y Chagas muestran que se ha logrado responder de manera positiva a los casos que se han presentado y que se ha ido avanzando progresivamente en la búsqueda activa de casos; sin embargo, creemos que con una búsqueda más intensiva se podrían lograr aún resultados más altos. En el caso de Esquistosomiasis dado que el país no presenta ningún caso de dicha enfermedad, podríamos decir que el control que realiza es de tipo preventivo y ha dado muestras de la no presencia de la enfermedad en el país.

En conclusión, el objetivo a nivel de propósito se ha cumplido parcialmente dado que hay resultados dispares en cuanto al control y manejo de los vectores, mientras que en Malaria y en Esquistosomiasis los resultados son ampliamente satisfactorios; no sucede lo mismo en el caso del Dengue en donde aún hay que redoblar la vigilancia y el control de los vectores. En el caso de Leishmaniosis y Chagas se ha logrado ir alcanzando resultados por arriba del 80% de

lo programado, pero aún hay un trecho entre un 15 a un 20% de crecimiento que podría mejorar los indicadores del Sub-programa.

Beneficiarios Efectivos del Programa

Las siguientes tablas muestran una aproximación a los beneficiarios efectivos por componentes y totales. Dado que el trabajo de SENEPA está más bien orientado al control del vector y actividades de comunicación y sensibilización de la población.

En el caso de Malaria, SENEPA ha protegido a alrededor de 400.000 personas en zonas endémicas en las cuales se presentaba en el pasado la enfermedad (este dato se obtiene de sumar el total de familias que recibieron la fumigación en sus viviendas; así como aquellas otras que fueron tamizadas a través de muestras sanguíneas para la detección de la enfermedad). Adicionalmente acompañó el tratamiento de 469 personas que manifestaron signos de enfermedad durante el período analizado y que recibieron el tratamiento respectivo por parte de la institución.

Tabla N° 45 Estimación de Población Protegida, en actividades de Promoción directa con habitantes de áreas afectadas.

	Población protegida Sub-programa Malaria				Total Promedio período
	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	
Población con viviendas evaluadas y rociadas	Rociadas: 21.849 Población 87.396	Rociadas: 35.727 Población 142.908	Rociadas: 8.780 Población 35.120	Rociadas: 13.087 Población 52.348	Total 317.772 Promedio 79.443
Población tamizada (muestras tomadas)	80.610	64.600	62.178	48.611	64.000
Población con tratamiento	341	91	27	10	Total 469 Promedio 117

Fuente: Estimaciones propias con datos facilitados por Lic. Liliana Soledad Ayala, Asistente Técnica del Sub Programa *Nacional de Control de Paludismo – PNCP*; de SENEPA, del período 2008-2011.

A continuación se describe a los beneficiarios del **Sub Programa Nacional de Control del Paludismo – PNCP**, según grupos de edad entre los años 2008 al 2011.

Tabla N° 46 Número de beneficiarios por sexo, *Sub Programa Nacional de Control del Paludismo – PNCP* del período 2008-2011.

TOTAL PALUDISMO	2008 *		2009*		2010		2011		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HOMBRE	220	65%	62	68%	31.173	50,2%	24.794	51%	56.249	51%
MUJER	121	35%	29	32%	30.909	49,8%	23.544	49%	54.603	49%
TOTAL	341	100%	91	100%	62.082	100%	48.338	100%	110.852	100%

Fuente: Datos facilitados por Lic. Liliana Soledad Ayala, Asistente Técnica del Sub Programa *Nacional de Control* de Paludismo – PNCP; de SENEPA, del período 2008-2011.

* Los datos representados en el año 2008 y 2009 son parciales, dado que corresponden solo a los casos positivos que aparecieron en esos años y no así al total de personas beneficiadas en la toma de muestra y promoción, debido a que no se cuentan con dichos datos.

Se observa una mayor afección del sexo masculino en un 30% o más, durante los años 2008 y 2009, teniendo en cuenta que en esos años, corresponden solo a los casos positivos que aparecieron.

En los años 2010 y 2011 la diferencia fue de 1% o menos, con mayor beneficio para el sexo masculino en la toma de muestra y actividades de promoción.

El porcentaje promedio de los cuatro años fue de 51% de hombres en el total de personas beneficiadas.

Tabla N° 47 Número de beneficiarios efectivos por grupo etáreo del *Sub Programa Nacional de Control del de Paludismo– PNCP* período 2008-2011.

GRUPO ETAREO	2008	2009	2010	2011	TOTAL	
					Nº	%
Menor a 1	3	319	369	284	975	0,6%
1 a 4 años	46	4448	5954	3953	14401	9,5%
5 a 14 años	81	14069	20558	15539	50247	33,1%
15 a 19 años	43	5565	8255	6561	20424	13,5%
20 a 39 años	105	9149	15289	12422	36965	26,4%
40 a 49 años	35	3243	5418	4552	13248	8,7%
50 a 59 años	23	2058	3548	2947	8576	5,6%
60 y más años	5	1456	2756	2325	6542	4,3%
Ignorados	0	73	31	28	132	0,08%
TOTAL	341	40380	62178	48611	151510	100%

Fuente: Datos facilitados por Lic. Liliana Soledad Ayala, Asistente Técnica del *Sub Programa Nacional de Control del de Paludismo– PNCP*, de SENEPA del periodo de 2008 al 2011.

Se observa en la tabla a los beneficiarios efectivos, no sólo los que corresponden a los casos positivos que aparecieron en esos años sino al total de personas beneficiadas en la toma de muestra y actividades de promoción.

El grupo etáreo más beneficiado por el Sub Programa fue el de 5 a 14 años con un 33%, en 2º lugar el grupo de 20 a 39 años con el 26% de las actividades y en 3er. lugar el grupo de 15 a 19 años con un 13,5%. Todos los grupos etáreos corresponden a población en edad productiva joven. Las edades menos beneficiadas por el Sub Programa fue el grupo menor a 1 año.

Las diferencias que se observan en los diferentes grupos etáreos y por sexo se relacionan a los hábitos de vida que marcan diferencias en relación a la exposición al vector. La distribución etárea de los Maláricos, apoya la tesis de la transmisión intra y peridomiciliaria¹²⁰.

En el caso del dengue, sí tomamos únicamente las zonas que fueron rociadas o fumigadas por viviendas y manzanas, al asignarle un valor de 4 habitantes por vivienda se considera que SENEPA ha logrado proteger en promedio en el período a 5.744.555 personas; esto considerando que en varias ocasiones la institución ha tenido que fumigar más de dos y hasta tres veces las mismas zonas afectadas. Esto sin contar la población que fue beneficiada con acciones de Mingas ambientales, rastrillajes y campañas de sensibilización.

Tabla N° 48 Estimación de Población Protegida, en actividades de Promoción directa con habitantes de áreas afectadas.

Población con viviendas y manzanas rociadas (estimado en 4 personas x vivienda)	Población protegida Sub-programa Dengue				Total Promedio período
	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	
Rociadas:722586 Población 2.890.344	Rociadas: 1.027.175 Población 4.108.700	Rociadas: 1.861.899 Población 7.447.596	Rociadas: 2.132.895 Población 8.531.580	Rociadas: 5.744.555	

Fuente: Estimaciones propias con datos proporcionados a través de la Sra. Lourdes Felipa Zarate (Asistente Técnica del *Sub Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue – PNCVD*, de SENEPA) de los períodos del 2010 al 2011.

En el caso de Leishmaniosis se estima que en el período SENEPA ha logrado proteger a 57.676 personas (un promedio de 15.000 personas por año). Adicionalmente 4.406 personas fueron diagnosticadas y estudiadas por exámenes clínicos y laboratoriales y un total de 1.490 personas resultaron positivas a la enfermedad y recibieron tratamiento con medicamentos.

¹²⁰ SENEPA, Informe Anual de Gestión (Memoria 2010).

Tabla N° 49 Estimación de Población Protegida, en actividades de Promoción directa con habitantes de áreas afectadas.

	Población protegida Sub-programa Leishmaniosis				Total Promedio período
	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	
Población con viviendas evaluadas y rociadas	Rociadas: 908 Población 3632	Rociadas: 2870 Población 11.480	Rociadas: 6534 Población 26.136	Rociadas: 4107 Población 16.428	Total 57.676 Promedio 14.419
Población tamizada (muestras tomadas)	839	1089	1409	1069	Total 4.406 Promedio 1.102
Población con tratamiento (LV+LT)	441	341	409	299	Total 1.490 Promedio 373

Fuente: Estimaciones propias con datos proporcionados por la Lic. Leticia Mariel Roa Ayala (Asistente Técnica del Sub Programa Leishmaniosis - , de SENEPA)

A manera de poder visualizar los casos *sospechosos* de *Leishmaniosis* se presenta la siguiente tabla.

Tabla N° 50 Número de beneficiarios efectivos (casos sospechosos) del período 2008-2011.

TOTAL CASOS SOSPECHOSOS LEISHMANIOSIS	Detalles de las Actividades	2008	2009	2010	2011	TOTAL
TOTAL	Nº de sospechosos que recibieron servicios del SENEPA (pruebas diagnósticas y clínicas) + tratados (con entregas de insumos y medicamentos)	839	1089	1409	1069	4406
HOMBRE		538	727	883	708	2856(65%)
MUJER		301	362	526	361	1550(35%)

Fuente: Datos proporcionados por la Lic. Leticia Mariel Roa Ayala (Asistente Técnica del Sub Programa Leishmaniosis, de SENEPA) de los Informes de Control y Evaluación, de los Ejercicios fiscales de los períodos del 2008 al 2011, remitidos trimestralmente al Ministerio de Hacienda.

Comparando las tablas de casos confirmados y sospechosos, se visualiza el trabajo del *Sub Programa Nacional de Control de las Leishmaniosis - PNCL*, debido a que el n° de sospechosos que recibieron servicios del SENEPA (pruebas diagnósticas y clínicas) más tratados (con entregas de insumos y medicamentos) fue de 4.406, de los cuales 1.380 (31%) fueron casos confirmados. El sexo más afectado? por el vector? fue el masculino con el 65% de los casos.

A continuación los casos *sospechosos* y *casos confirmados* de *Leishmaniosis* que se presentaron durante el periodo del 2008 al 2011, según grupos de edad.

Tabla N° 51 Número de beneficiarios efectivos (Casos *sospechosos* de *Leishmaniosis*) por grupo etáreo del período 2008-2011.

GRUPO ETAREO	2008	2009	2010	2011	TOTAL
De 0 a 4 años	46	92	156	123	417
De 5 a 9 años	40	39	54	37	170
De 10 a 14 años	51	43	59	34	187
De 15 a 19 años	34	48	69	38	189
De 20 a 24 años	28	51	78	63	220
De 25 a 29 años	50	91	114	86	341
De 30 a 34 años	64	96	123	96	379
De 35 a 39 años	58	102	89	82	331
De 40 a 44 años	63	80	93	82	318
De 45 a 49 años	40	78	96	58	272
De 50 a 54 años	62	56	80	69	267
De 55 a 59 años	47	62	75	47	231
De 60 a 64 años	68	66	79	46	259
De 65 a 69 años	46	50	69	41	206
De 70 a 74 años	35	19	44	36	134
De 75 a 79 años	31	34	27	19	111
De 80 y más	34	27	52	18	131
S/D	42	55	52	94	243
Total	839	1089	1409	1069	4406

Fuente: Datos proporcionados por la Lic. Leticia Mariel Roa Ayala (Asistente Técnica del Sub Programa Leishmaniosis, de SENEPA) de los Informes de Control y Evaluación, de los Ejercicios fiscales de los períodos del 2008 al 2011, remitidos trimestralmente al Ministerio de Hacienda.

Observación: N° de sospechosos que recibieron servicios (pruebas diagnósticas y clínicas), además de sumar el número de tratados que reciben insumos y medicamentos.

El grupo etáreo más beneficiado por el Sub Programa fue el de 0 a 4 años con 417 casos que corresponde a un 10% aproximadamente, en 2º lugar el grupo de 30 a 34 años con el 9%

aproximadamente de los beneficiados y en 3er. lugar el grupo de 25 a 29 años con un 8% aproximadamente de la población beneficiada.

Las edades menos beneficiadas por el Sub Programa son el grupo de 75 a 79 años.

En el monitoreo de casos sospechosos, en el 2008 la proporción de casos sospechosos/confirmados es de 5/5 aproximadamente. De los 839 casos sospechosos remitidos a pruebas diagnósticas, 421 resultaron positivos. En el 2009, de 1.089 casos sospechosos y 311 casos confirmados, la proporción es de 7/3 un 29% de casos confirmados. En el 2010, de 1.409 casos sospechosos y 356 casos confirmados, la proporción es de 25% de casos positivos a un 75% de casos sospechosos. En el 2011, de 1.069 casos sospechosos, 292 casos confirmados, la proporción es de un 27% de casos positivos a un 73% de casos sospechosos.

En el caso de la Enfermedad de Chagas, con las acciones de control del vector y rociado de viviendas se estima que en promedio 838.792 personas fueron beneficiadas durante el periodo por el uso de insecticidas orientadas al control de la Vinchuca durante el período de estudio (estimándose nuevamente un promedio de 4 personas por vivienda). Dadas las condiciones de ruralidad que necesita el vector para vivir, la búsqueda de casos positivos a través de muestras de laboratorio alcanzó a 29.433 personas; de las cuales 428 personas dieron positivo para la enfermedad, por lo que recibieron el tratamiento con los medicamentos respectivos.

Tabla N° 52 Estimación de Población Protegida, en actividades de Promoción directa con habitantes de áreas afectadas.

	Población protegida Sub-programa Chagas				Total Promedio período
	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	
Población con viviendas evaluadas y rociadas	1.011.890	760.060	882.255	700.960	838,792
Población tamizada (muestras tomadas)	6.498	6.866	7.329	8.740	Total 29.433 Promedio 7,358
Población con tratamiento	82	32	46	268	Total 428 Promedio 107

Fuente: Datos proporcionados por la Dra. Cesia de Feltes, (Jefa Sub Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas- PNCECh de SENEPA), de los períodos del 2008 al 2011.

En el caso de Esquistosomiasis, al no existir la enfermedad en el país, las acciones de control involucraron a 8.191 personas durante el período y un total de 10.256 personas fueron capacitadas a través de acciones de información y capacitación.

Tabla N° 53 Estimación de Población Protegida, en actividades de Promoción directa con habitantes de áreas afectadas.

	Población protegida Sub-programa Esquistosomiasis				Total promedio período
	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	
Población tamizada (muestras tomadas)	2.005	2.081	2.227	1.878	Total 8.191 Promedio 2.048
Población Capacitadas	2.160	2.711	2.911	2.474	Total 10.256 Promedio 2.564

Fuente: Datos facilitados del *Sub Programa Nacional de Control de Esquistosomiasis- PNCVE*, por la Lic. Lourdes Carolina Segovia Bogado, Asistente Técnica de Jefatura del Departamento de Programas, SENEPA del periodo 2008 al 2011

Análisis de Cobertura

SENEPA ha definido que la población potencial para el caso del dengue serían los 6.340.641 habitantes estimados para el año 2009, dado que la epidemia se ha extendido a todos los rincones del país y progresivamente año con año ha estado afectado a un mayor número de personas.

A través de sus diversas acciones SENEPA ha podido llegar a alrededor de 6.000.000 de personas (entre acciones de fumigado de casas, mingas ambientales, rastrillajes, actividades de comunicación, etc.); esto le ha permitido llegar a aproximadamente el 95% de la población paraguaya, lo que muestra el enorme trabajo que se ha tenido que desarrollar en este componente en los años recientes.

En el caso de Malaria SENEPA definió a una población objetivo de 578.322 personas (población rural de los departamentos de Alto Paraná; Caaguazú y Canindeyú). En este componente, SENEPA ha protegido a alrededor de 400.000 personas en zonas endémicas en las cuales se presentaba en el pasado la enfermedad (este dato se obtiene de sumar el total de familias que recibieron la fumigación en sus viviendas, 317.772 personas + 64.000 personas que fueron tamizadas a través de muestras sanguíneas para la detección de la enfermedad).

Se estimaría entonces que con las acciones de rociado y tamizaje logró cubrir en el periodo de estudio a un 70% de la población total de la zona a la que se orientó el trabajo; y que los resultados del control del vector y de la enfermedad han reportado una reducción altamente significativa durante el período, tal como ya fue mencionado en un apartado anterior.

En el caso de Leishmaniosis Visceral SENEPA definió a la población objetivo del componente a toda la población del país (es decir, a los 6.340.641 habitantes estimados para el año 2009).

Se estima que en el período SENEPA ha logrado proteger a 57.676 personas (un promedio de 15.000 personas por año). Si se toma en cuenta que SENEPA definió como la población objetivo al total de población que habita el país para el caso de Leishmaniosis Visceral, la cifra

se corresponde únicamente a un 0,9% de la población, lo que significaría que el programa debe redoblar esfuerzos y salir a la búsqueda de un mayor número de casos positivos. Algo similar acontece con los casos de Leishmaniosis Tegumentaria, en donde SENEPA definió a una población de 2.739.719 personas como su población objetivo (la población rural del país); de esa cuenta los esfuerzos que SENEPA ha realizado en el período contemplado en la evaluación indican que se atendieron 1.088 casos confirmados de la enfermedad; y se realizaron una serie de acciones tendientes a capacitar a recursos humanos, rociado de viviendas e investigaciones entomológicas.

En el caso de Chagas, SENEPA definió a la población de los Departamentos de Cordillera, Paraguarí, Concepción, San Pedro, Presidente Hayes y Boquerón, como las poblaciones que pueden sufrir los riesgos de enfermedad producto de la actividad del vector. Si bien las acciones de control del vector y rociado de viviendas se estima que en promedio llegaron a 838.792 personas (67% de la población potencial y objetivo); todavía un 33% de la población a la que debe llegar el servicio aún no cuenta con los mismos; es decir uno de cada 3 hogares se encuentra desprotegido, por lo que SENEPA tiene aún chances de ampliar sus intervenciones en este sector.

En el caso de Esquistosomiasis se definió una población de 617.992 personas como sujetas del trabajo de SENEPA. Aun cuando se han realizado diversas acciones de control y tamizaje (las acciones de control involucraron a 8.191 personas durante el período y un total de 10.256 personas fueron capacitadas a través de acciones de información y capacitación), al no existir la enfermedad en el país durante los últimos 25 años, muestra un panorama que requiere ser reevaluado en función de priorizar otras necesidades institucionales.

Focalización del Programa

Al definir SENEPA su población potencial para el caso del dengue a toda la población paraguaya, dado que las epidemias provocadas por este vector han afectado prácticamente a todo el territorio nacional. De esa cuenta en este componente no se definieron criterios de focalización.

En el caso de Malaria SENEPA se definió a una población objetivo de 578.322 personas y SENEPA ha logrado llegar a alrededor de 400.000 personas en dichas zonas endémicas, es decir a un 70% de su población objetivo.

En el caso de Leishmaniosis Visceral SENEPA definió a la población objetivo del componente a toda la población del país, por lo que de nuevo no se aplicaron criterios de focalización. Sin embargo, el equipo evaluador considera que es necesario que la institución actualizando sus mapas de riesgo, y en un trabajo articulado con el Centro Nacional de Zoonosis, priorice de una mejor manera aquellas regiones o departamentos en donde el número de casos de personas enfermas, o reservorios caninos infestados requieren una mayor atención.

En el caso de Leishmaniosis Tegumentaria, en donde SENEPA estructuró criterios de focalización hacia la población rural del país (2.739.719 personas); la misma requiere ser actualizada sobre la base de los mapas de riesgo y el aparecimiento de casos.

En el caso de Chagas, SENEPA definió a su población objetivo a las poblaciones de 6 departamentos en donde el vector es activo (Cordillera, Paraguarí, Concepción, San Pedro,

Presidente Hayes y Boquerón). Se estima que con sus acciones SENEPA logró llegar a 838.792 personas (67% de la población potencial y objetivo); todavía un 33% de la población a la que debe llegar el servicio aún no cuenta con los mismos; es decir uno de cada 3 hogares se encuentra desprotegido, por lo que SENEPA tiene aún chances de ampliar sus intervenciones en este sector.

En el caso de Esquistosomiasis se definió una población de 617.992 personas como sujetas del trabajo de SENEPA. Aun cuando se han realizado diversas acciones de control y tamizaje (las acciones de control involucraron a 8.191 personas durante el período y un total de 10.256 personas fueron capacitadas a través de acciones de información y capacitación), al no existir la enfermedad en el país durante los últimos 25 años, muestra un panorama que requiere ser reevaluado en función de priorizar otras necesidades institucionales.

Grado de satisfacción de los beneficiarios efectivos

Para este estudio se realizaron dos encuestas de opinión. La primera fue realizada sobre 133 personas de 9 departamentos distintos hacia los cuales se orientó la investigación, sobre todo relacionado con las áreas de incidencia epidemiológica de los vectores. Esta primera encuesta estuvo más bien dirigida a personal directivo de SENEPA, a personal directivo de salud; a pacientes y familiares, es decir, fundamentalmente con el fin de visualizar el funcionamiento de la red de servicios que giran alrededor del control de los vectores relacionados con las enfermedades que estos ocasionan.

La segunda encuesta fue realizada sobre una muestra de 157 personas en tres municipios de la región central (Luque, San Lorenzo y Fernando de la Mora) en alrededor de 15 barrios distintos en donde se ha estado presentando el vector del dengue durante los últimos meses. Esta segunda encuesta buscaba visualizar desde afuera la percepción que la población en general tiene sobre los servicios que ofrece SENEPA.

Las metodologías utilizadas fueron más de índole cualitativo que cuantitativo (¹²¹), y fueron realizadas como complemento al trabajo de análisis al que se vio sometida la institución durante este estudio.

PRIMERA ENCUESTA

De las personas entrevistadas que no pertenecían a SENEPA, 37 de ellas (27,8%) indicaron coordinar trabajo con SENEPA; 16 reportaron haber recibido atención de SENEPA como pacientes (12%); 2 eran miembros de la red de voluntarios (1,5%); 6 habían detectado la presencia de algunos de los vectores en sus casas y pidieron fumigación (4,5%); el restante 12,8% (17 personas) habían participado en actividades de limpieza y atención a enfermos.

Al preguntárseles a las personas que no eran miembros de SENEPA, cuál era la valoración que ellas hacían del trabajo de SENEPA, 1 persona indicó que era excelente (1,2%); 46 personas indicaron que era muy bueno (55,4%); 33 personas indicaron que era bueno (39,8%); y solamente una persona no respondió (1,2%).

Al preguntárseles a las personas que no eran miembros de SENEPA, sí tenían alguna recomendación que realizar para mejorar el trabajo de la institución; 31 personas (37,3%) indicaron que sería bueno que se asignen más recursos humanos y financieros a la institución sobre todo en las zonas de frontera y en la región del Chaco que es donde se presentan algunas

¹²¹ Una descripción más detallada del estudio puede encontrarse en los anexos de este informe, en el cual se describe la metodología de índole cualitativa utilizada para la selección de las muestras para el análisis.

faltantes. 20 personas (24,1%) indicaron que sería importante que se den más insumos para los laboratorios, sobre todo lo relacionado con el diagnóstico de Chagas congénito y Leishmaniosis, en donde en varias ocasiones hacen falta reactivos para llevar a cabo los estudios; así como que también se recojan de manera más periódica las muestras que se toman y se entreguen los resultados en un tiempo adecuado. 17 personas (20,5%) indicaron que sería importante que se haga un mejor seguimiento a los pacientes (principalmente a los relacionados con Leishmaniosis y Chagas); 3 personas indicaron que es importante que se establezcan mejores vínculos de coordinación entre SENEPA y los miembros de la red de servicios de salud (3,6%). 4 personas indicaron que era importante que las fumigaciones se realizan de manera más periódica (4,8%); una persona indicó que era importante que se invite más a participar a la población (1,2%); y 2 personas no respondieron (2,4%).

Adicionalmente 22 personas (26,5%) indicaron que ante las epidemias periódicas que se han venido presentando, sobre todo en el caso del Dengue, el poco personal que SENEPA dispone en algunas regiones hace que no puedan fumigar todo lo que es necesario; y que sería bueno subsanar dicha falta de personal. 38 personas (45,8%) indicaron que a partir de las epidemias la gente de SENEPA se la pasa todo el tiempo fumigando.

Del total de personas que fueron entrevistados para este trabajo (50 personas), llama poderosamente la atención que 44 de ellas (88%) al hacer una valoración sobre el trabajo que realiza SENEPA indicaron que el mismo es excelente; y 6 personas (12%) indicaron que era muy bueno. Es decir, que en términos generales el personal de SENEPA se encuentra muy a gusto con su institución.

SEGUNDA ENCUESTA

Del grupo de personas a las que se les aplicó el cuestionario de preguntas, el 52% fueron mujeres y el 48% hombres.

Por otro lado la edad media de los entrevistados era de 44, 54, con un mínimo de 15 y una máxima de 84 años.

Al realizar una distribución de edades, se puede indicar que el 35% de los encuestados tenía entre 15 y 34 años; el 21% se encontraba entre las edades de 35 a 49 años; mientras que el 36% tenía entre 50 y 69 años, y el 8% tenía 70 años o más.

El 100% de los encuestados/as indicó conocer a la SENEPA.

A la pregunta de si han recibido algún tipo de atención por parte de la SENEPA, el 75% dijo haber recibido algún tipo de atención de parte de la institución, mientras que un 25% dijo que no ha recibido ninguna atención.

Del grupo que dijo haber recibido algún tipo de servicio, el 67% mencionó la fumigación, en 3% dijo que el servicio fue realizado por SENEPA en colaboración con los militares y consistió en visitas a las casas para búsqueda de criaderos; otro 3% dijo que para el servicio la SENEPA coordinó acciones con personal municipal lo que se dedicaron a la limpieza y fumigación.

El 79% de las personas encuestadas dijo saber cuándo fue la última vez que el camión de SENEPA pasó fumigando, mientras que el 21% dijo desconocer cuándo fue la última vez.

Del grupo de personas que dijo saber cuándo fue la última vez que fumigaron la cuadra el 40% dijo que tenían entre una semana y 15 días haber pasado; un 14% señaló que hacía un mes; mientras que el 46% dijo que hacía más de dos meses de la última fumigación.

Al consultar a los vecinos si ellas han participado de alguna actividad desarrollada por SENEPA en su comunidad, el 80% dijo que No ha participado, mientras que el 20% dijo que Sí ha participado de las actividades.

Al realizar el análisis de la participación de las actividades que desarrolla la institución en la comunidad, según el género de la persona entrevistada, se puede apreciar que los hombres entrevistados manifestaron haber participado más que las mujeres.

Las actividades de promoción de la salud son las que más mencionadas por las personas que dijeron haber participado de las actividades de SENEPA en su comunidad; le siguen las actividades de prevención y las de coordinación. Las actividades de control de vectores a través de la fumigación es la menos mencionada (esta actividad es exclusiva de SENEPA).

A la consulta de cómo calificaría la calidad de los servicios ofrecidos por SENEPA, el 2% dijo que Excelente, mientras que el 34% calificó el servicio como muy bueno y el 31% dijo que el servicio es bueno. Un 17% dijo que el servicio es regular y el 9% malo. Un 7% no respondió a la pregunta.

Del grupo de personas a las que se les pasó la boleta, el 57% expresó alguna recomendación para que SENEPA mejore sus servicios en la comunidad; mientras que el 43% restante no expresó ninguna recomendación en particular.

La recomendación más frecuente indica que la población espera que SENEPA fumigue más a menudo; mientras que en mucho menor porcentaje se menciona la necesidad de insistir en crear conciencia para que la población en general colabore con la limpieza de su patio. En un menor porcentaje se solicita que entren a fumigar en cada una de las casa y también en la cuadra. También aconsejan, que la institución destruya yuyales y que también pasen a fumigar en el lugar de trabajo.

3.3.3. Desempeño del Programa a nivel de Fin

A la pregunta de si SENEPA ha contribuido a alcanzar el fin que se propuso que era:

Fin: Contribuir a mejorar la Calidad de vida de la población paraguaya.

Este fin es el mismo fin establecido en el Plan Estratégico 2009-2013 del Ministerio de Salud Pública. Para llegar al mismo se requiere no sólo de que el Ministerio de Salud provea de manera adecuada sus servicios, sino que articule con otra serie de sectores y actores sociales que permitan articular acciones orientadas a mejorar la Calidad de vida de la población paraguaya.

Si bien, podemos decir que SENEPA hace un gran esfuerzo para llegar a dicho fin; sólo en la medida en la que articule acciones con otros actores estará dando pasos adecuados hacia la realización de dicho contenido. El trabajo orientado a la coordinación de acciones con instancias tales como las municipalidades o la gobernaciones, así como con la Secretaría del Ambiente, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Obras Públicas, son importantes para el logro del Fin que se ha propuesto SENEPA.

Con relación al logro de los componentes, en el caso de Malaria, tal como los resultados lo muestran, se ha avanzado en lograr el fin propuesto. En el caso del Dengue, la virulencia puesta de manifiesto por el vector en los últimos años, aunado a la falta de una mayor conciencia de la población para destruir los criaderos de mosquitos, sostenido por falta de educación sanitaria, los inadecuados sistemas de recolección de basura; así como el clima imperante en el país; y factores relacionados con la migración de personas han provocado que

dicha enfermedad se hubiese extendido a todo el país. Hecho que no sólo ha sucedido con Paraguay, sino también que ha visto que viene afectando también a países vecinos como Bolivia, Argentina y Brasil, incluso con epidemias más grandes que las que ha presentado el país.

Los indicadores relacionados con el control del vector (fumigación, bloqueo, estudios entomológicos, etc.); a la par de las charlas y campañas publicitarias, muestran que la institución ha hecho su trabajo, el problema fundamental radica en mejorar la educación sanitaria relacionada con detener la propagación de la epidemia, y sobre todo con el control y destrucción del vector. En este sentido mucho trabajo queda aún por hacer.

En cuanto a Leishmaniosis y Dengue, de nuevo, sí bien la institución muestra resultados satisfactorios, todavía tiene espacio para lograr resultados más importantes en su lucha contra estos vectores. Como la institución Médicos Sin Fronteras ha denominado a estas enfermedades (“las enfermedades olvidadas”); las mismas en buena medida están asociadas a condiciones de ruralidad y de pobreza. De esa cuenta no es raro que las afecciones de estos vectores se presenten en regiones tan distantes como Presidente Hayes, Boquerón, San Pedro, Concepción, Amambay, etc.

Finalmente, en cuanto a Esquistosomiasis, el país no ha presentado ningún caso de dicha enfermedad en los últimos 25 años. Los controles muestran haber sido los apropiados, pero SENEPA debe repensar este trabajo en función de otras prioridades institucionales.

Las epidemias ocasionadas por vectores y los impactos que ocasionan han provocado que SENEPA esté ahora en el ojo de la opinión pública. Si bien los resultados de las encuestas de opinión muestran resultados bastante satisfactorios, dicha opinión debe volcarse hacia un mejor y mayor trabajo con la ciudadanía. La tarea de educación en salud, en el ámbito de los vectores requerirá ser fortalecida en los siguientes años.

3.4. Recursos Financieros

Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con los Recursos Financieros del Programa

3.4.1. Fuentes y Uso de Recursos Financieros

La información mostrada en el capítulo no.1 indicaba que del total del presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a SENEPA le correspondió, para el año 2009 un 3,2%; para el año 2010 le correspondió a un 3,1% y para el año 2011 a un 3.02%

Como puede verse en la siguiente tabla el presupuesto de SENEPA se sustenta fundamentalmente en fuente 30, que son recursos generados por el propio Estado, en este caso se corresponde con el porcentaje que el Instituto de Previsión Social le asigna al Ministerio de Salud y Bienestar Social para el funcionamiento de SENEPA. Para el año 2008 dichos recursos se correspondieron con el 100% de lo recibido por SENEPA, para el año 2009 fue del orden del 94,5%; el restante 5,5% provino de Fuente 10, o sea, de ingresos tributarios del Estado. Para el año 2010, nuevamente el 100% del presupuesto institucional provino de fuente 30; y para el año 2011 el 97,2% provino de fuente 30 y el restante 2,8% provino de fuente 10.

Tabla N° 54 Origen y Asignación presupuestaria a la Dirección General de SENEPA según fuente para los años 2008-2009

Fuente	Presupuesto	Plan financiero	Presupuesto Inicial	Plan financiero
--------	-------------	-----------------	---------------------	-----------------

	Inicial 2008	final 2008	2009	final 2009
10			3.000.000.000	3.000.000.000
20				
30	49.934.816.134	48.714.846.134	51.593.254.212	52.302.190.482
Total	49.934.816.134	48.714.846.134	54.593.254.212	535.302.190.482

Fuente: SENEPA. Dirección de Administración. Marzo 2012.

Tabla N° 55 Origen y Asignación presupuestaria a la Dirección General de SENEPA según fuente para los años 2010-2011

Fuente	Presupuesto Inicial 2010	Plan financiero final 2010	Presupuesto Inicial 2011	Plan financiero final 2011
10			2.000.000.000	2.000.000.000
20				
30	57.700.800.098	58.920.000.358	68.881.694.742	71.126.698.142
Total	57.700.800.098	58.920.000.358	70.881.694.742	73.126.698.142

Fuente: SENEPA. Dirección de Administración. Marzo 2012.

Para los años 2008 y 2010 no se dio asignación financiera de fuente 10 (de los ingresos tributarios del Estado) porque a nivel de las autoridades del Ministerio de Salud se consideró que la institución podía salir adelante con los fondos que recibía de los aportes del IPS. Sin embargo la gravedad de las epidemias de Dengue de los años 2009 y 2011 llevaron a las autoridades del Ministerio a “reforzar” el presupuesto institucional ante la necesidad de recursos frescos para hacer frente a la demanda de lucha contra el vector.

3.4.2. Análisis de eficiencia actividades y/o componentes

Dado que en la actualidad SENEPA no lleva sus registros presupuestarios por los componentes definidos en la matriz de marco lógico de noviembre del 2011, no es posible realizar un análisis de este tipo.

3.4.3. Economía

Ejecución presupuestaria del Programa

Cuadro N° 56 SENEPA. Plan Financiero Inicial, Final y Obligado. 2008-2011. En Guaranés.

Año	Presupuesto General de la Nación (PGN) Inicial	Plan Financiero (PLF) Inicial SENEPA	Plan Financiero (PLF) Final	Obligado
2008	26.352.794.755.600	49.934.846.134	48.714.846.134	33.338.353.643

2009	33.398.403.056.208	51.593.254.212	52.302.190.482	46.224.728.381
2010	35.494.806.285.173	57.700.800.098	58.920.000.358	52.343.417.418
2011	42.837.473.521.791	68.881.694.742	71.126.698.142	60.849.952.834

Fuente: Los datos del Presupuesto General de la Nación fueron obtenidos de: para el año 2008. Boletín no1. Ministerio de Hacienda. Presupuesto General de la Nación. Conocé tu presupuesto. 2009: L3y 3692. Ley de Presupuesto; 2010: Ley 3964. 2011: Ley 4249. Los datos de los Planes financieros iniciales, finales y Obligado de SENEPA fueron obtenidos de la dirección de presupuesto de SENEPA. MARZO 2012.

SENEPA recibió para su funcionamiento un presupuesto de G. 48.714 millones de guaraníes para el año 2008; G. 52.302 millones de guaraníes para el año 2009; G. 58.920 millones de guaraníes para el año 2010; y G. 71.126 millones de guaraníes para el año 2011. Al comparar el presupuesto recibido por SENEPA con relación al Presupuesto General de la Nación le corresponde en promedio alrededor de un 0.18% del presupuesto total

Tal como mencionamos en un apartado anterior, el presupuesto asignado a SENEPA ha sufrido un incremento importante en el período de estudio, pasando de G. 48.714.846.134 a G. 71.126.698.142, lo que equivale a un 46% de incremento.

Excepto en el año 2008, cuando el presupuesto de SENEPA según Plan financiero Inicial era de G. 49.934.846.134 y se le redujo a G. 48.714.846.134 guaraníes; lo que significó una reducción en un 2,5%. Sin embargo, para este mismo año la ejecución presupuestaria de SENEPA solamente alcanzó a un 68%.

Para los años siguientes el plan financiero inicial y final muestran un incremento en el presupuesto, en términos porcentuales de la siguiente manera: año 2009: 1,3%; año 2010, 2,1%; y año 2011, 3,2%. Estos incrementos estuvieron motivados fundamentalmente a la necesidad de atender las epidemias de dengue que se produjeron el período.

Como puede verse en la siguientes dos tablas, la ejecución presupuestaria en el rubro de servicios personales alcanzó para los años 2008, un 94%; para el año 2009, un 98%, para el año 2010 un 96% y para el año 2011 un 96%. Este grupo registra mayor porcentaje de ejecución por constituir gastos rígidos dentro del presupuesto.

Tabla N° 56 SENEPA. Ejecución de Grupos de Gastos Acumulados. Años 2008-2009

Grupo de Gastos	Año 2008			Año 2009		
	Presupuesto Vigente	Ejecución	% de la Ejecución	Presupuesto Vigente	Ejecución	% de la Ejecución
100 Servicios personales	26.322.976.702	24.620.250.970	94%	27.858.991.707	27.196.626.814	98%
200 Servicios no personales	2.327.269.432	1.470.870.803	63%	2.009.563.974	1.206.123.878	60%
300 Bienes de Consumo e Insumo	9.550.000.000	5.535.354.523	58%	12.510.043.633	9.542.163.174	76%
500 Inversión Física	10.442.700.000	1.711.372.382	16%	9.772.396.468	8.279.814.515	85%
900 Otros Gastos	71.900.000	504.965	1%	101.194.700	0.00	0%

Fuente: SENEPA. Dirección de Presupuesto de SENEPA. Marzo 2012.

En el ámbito de servicios no personales, la ejecución presupuestaria muestra una subejecución presupuestaria del orden del 40 al 45% para el período. En el ámbito de los servicios no personales se incluyen los gastos por servicios básicos; transporte y almacenaje, pasajes y viáticos, gastos por servicio de aseo, mantenimiento y reparación; alquileres, servicios de capacitación y otros servicios en general

En el grupo de gasto relacionado con bienes de consumo e insumos para el año 2008 se tuvo una ejecución presupuestaria del 58%; para el año 2009 del 76%, para el año 2010 del 75% y para el año 2011 del 57,8%. Es decir, tanto para el año 2008 como para el año 2011 este rubro no fue ejecutado de manera adecuada, dado que presentó niveles de subejecución entre el 42% y el 55%:

Por último, en cuanto al grupo de gastos 900, relacionadas con pago de impuestos, tasas y gastos judiciales, la ejecución es mínima representando un 1% para el año 2008; 0% para los años 2009 y 2011 y 20% para el año 2010.

Tabla N° 57 Ejecución de Grupos de Gastos Acumulados. Años 2010-2011

Grupo de Gastos	Año 2010			Año 2011		
	Presupuesto Vigente	Ejecución	% de la Ejecución	Presupuesto Vigente	Ejecución	% de la Ejecución
100 Servicios personales	37.001.644.655	35.358.852.518	96%	47.635.205.402	45.702.783.415	96%
200 Servicios no personales	2.778.980.132	1.537.082.378	55%	3.534.815.132	2.043.342.009	57,8%
300 Bienes de Consumo e Insumo	10.258.855.000	8.896.999.483	87%	9.953.520.000	7.792.724.361	78,3%
500 Inversión Física	8.729.325.871	6.530.445.350	75%	9.851.962.908	5.309.495.049	53,95%
900 Otros Gastos	101.194.700	20.037.689	20%	101.194.700	101.194.700	100%

Fuente: SENEPA. Dirección de Presupuesto de SENEPA. Marzo 2012.

Las siguientes tablas muestran la distribución de los recursos hacia las 18 Regiones Sanitarias en donde funcionan las Zonas Operativas Regionales (ZOR) de SENEPA.

Para el año 2011, el presupuesto de SENEPA fue de G. 68.881.694.742. Sobre un estimado de G. 62.622.029.176 fueron los siguientes 7 estructuras institucionales a nivel departamental las que recibieron un mayor volumen de recursos:

1. El nivel Central con G. 20.234.869.634
2. Alto Paraná con G. 9.716.178.467
3. Central con G. 6.261.552.712
4. Caaguazú G. 4.740.212.866
5. Capital G. 3.411.847.125
6. Canindeyú G. 3.037.268.292
7. Concepción G. 2.297.692.381

Estas siete estructuras institucionales absorben el 79,3% de todo el presupuesto institucional (hacen un total de G. 49.699.621.477). El porcentaje más alto le corresponde al nivel central, que es donde se ubican las estructuras de dirección de los distintos programas, así como el laboratorio entomológico nacional; los sistemas informáticos y de gestión de bases; suministros, etc. A esta estructura le corresponde el 32,3% de todo el presupuesto. A nivel de los departamentos es el departamento de Alto Paraná el que obtiene un 15,5% del presupuesto institucional, en función de que en este departamento se encuentran presentes los 5 vectores con los que la institución trabaja; además de ser uno de los departamentos más golpeados por las constantes epidemias de dengue. A este departamento le sigue el departamento Central con un 10%; y el departamento de Caaguazú con un 7,5%. Como se verá más adelante estos últimos dos departamentos son también los que han presentado una mayor incidencia de Dengue en los últimos años.

Tabla N° 58a Estimación de gastos operativos de SENEPA por Región Sanitaria. Ejercicio 2011.

Zonas y Nivel Central			Zona I Concepción	Zona II San Pedro Norte	Zona II San Pedro Sur	Zona III Cordillera	Zona IV Guaira	Zona V Caaguazú	Zona VI Caazapá	Zona VII Itapúa	Zona VIII Misiones	Zona IX Paraguarí
Grupos de Gastos	Cod. N°	Objeto del Gasto	39	14	25	32	18	90	21		16	25
100 - Servicios Personales	111	<u>Sueldos</u>	866.563.740	441.346.500	398.955.060	736.152.480	507.650.220	2.540.181.420	468.751.500	25	419.601.420	
	114	<u>Aguinaldo</u>	72.213.645	36.778.875	33.246.255	61.346.040	42.304.185	211.681.785	39.062.625		34.966.785	443.579.220
	131	<u>Subsidio Familiar</u>	13.300.000	7.408.334	11.900.000	16.800.000	10.150.000	49.816.667	9.800.000	443.579.220	8.400.000	
	133	<u>Bonificaciones v Gratificaciones</u>	188.890.000	109.044.000	98.800.000	152.750.000	111.150.000	464.360.000	98.150.000		99.190.000	
	142	<u>Contratación de Personal de Salud</u>	88.992.800				40.554.800	-	-	-	24.219.000	36.964.935
	144	<u>Jornales</u>	324.422.800	55.283.800	381.526.600	320.522.800	78.332.800	562.931.200	199.427.800	36.964.935	96.876.000	10.208.334
	191	<u>Subsidio para la Salud</u>	23.460.000	12.240.000	11.220.000	19.380.000	14.280.000	70.380.000	13.260.000	10.208.334	11.220.000	87.183.200
200 - Serv. No Personales	210	<u>Servicios Básicos</u>	17.350.117	713.557	713.557	976.349	1.892.238	3.395.882	3.301.536	87.183.200	2.280.788	
	230	<u>Pasajes y Viáticos</u>	19.860.000	5.716.000	9.752.000	1.720.000	1.880.000	28.340.000	5.120.000	-	1.960.000	337.550.200
	240	<u>Gastos por Serv.de Aseo,Mant.v Rep.</u>	20.671.844	5.167.961	10.335.922	15.503.883	10.335.922	41.343.688	10.335.922	337.550.200	5.167.961	12.240.000
	250	<u>Alquileres v Derechos</u>	10.200.000	14.400.000	10.800.000	18.600.000	19.740.000	42.000.000	9.600.000	12.240.000	-	3.067.000

Fuente: Datos proporcionados por la Dirección de Administración y el Departamento de Contabilidad de SENEPA. Junio 2012

Tabla N° 58b Estimación de gastos operativos de SENEPA por Región Sanitaria. Ejercicio 2011.

Zonas y Nivel Central			Zona X Alto Paraná	Zona XI Central	Zona XII Neembucú	Zona XIII Amambay	Zona XIV Canindeyú	Zona XV Pdte. Hayes	Zona XVIII Zona Capital	Nivel Central
Grupos de Gastos	Cod. N°	Objeto del Gasto	175	66	7	26	49	15	61	382
100 - Servicios Personales	111	<u>Sueldos</u>	4.524.240.420	854.976.780	158.742.360	634.319.280	1.671.517.260	277.066.440	648.926.460	8.848.527.780
	113	<u>Gastos de Representación</u>	-	-	-	-	-	-	-	51.414.000
	114	<u>Aguinaldo</u>	377.020.035	71.248.065	13.228.530	52.859.940	139.293.105	23.088.870	54.077.205	737.377.315
	131	<u>Subsidio Familiar</u>	101.091.668	17.500.000	-	4.200.000	36.225.002	5.600.000	7.700.000	128.041.266
	133	<u>Bonificaciones y Gratificaciones</u>	891.280.000	178.100.000	42.250.000	140.790.000	329.940.000	90.740.000	139.750.000	2.297.885.291
	142	<u>Contratación de Personal de Salud</u>	-	24.219.000	-	-	34.353.800	24.219.000	-	677.716.000
	144	<u>Jornales</u>	1.319.177.600	1.137.471.400	72.657.000	227.546.800	84.008.600	175.208.800	1.097.915.000	3.416.181.600
	191	<u>Subsidio para la Salud</u>	123.420.000	23.460.000	4.080.000	17.340.000	45.900.000	7.140.000	17.340.000	248.880.000
	210	<u>Servicios Básicos</u>	8.534.344	37.853.120	2.414.676	-	4.542.264	-	14.095.654	20.461.451
200 - Serv. No Personales	230	<u>Pasajes y Viáticos</u>	110.877.000	5.760.000	1.760.000	12.240.000	32.065.000	29.240.000	1.960.000	230.536.000
	240	<u>Gastos por Serv. de Aseo, Mant. y Rep.</u>	82.687.376	31.007.766	5.167.961	10.335.922	20.671.844	10.335.922	31.007.766	180.878.635
	250	<u>Alquileres y Derechos</u>	127.440.000	97.200.000	9.000.000	30.000.000	25.200.000	-	-	78.000.000

Fuente: Datos proporcionados por la Dirección de Administración y el Departamento de Contabilidad de SENEPA. Junio 2012

Tabla N° 58c Estimación de gastos operativos de SENEPA por Región Sanitaria. Ejercicio 2011.

Zonas y Nivel Central		Zona I Concepción	Zona II San Pedro Norte	Zona II San Pedro Sur	Zona III Cordillera	Zona IV Guaira	Zona V Caaguazú	Zona VI Caazapa	Zona VII Itapúa	Zona VIII Misiones	
300 - Bienes de Consumo	320	<u>Textiles y Vestuarios</u>	19.998.680	4.999.670	9.999.340	14.999.010	9.999.340	39.997.360	9.999.340	14.999.010	4.999.670
	330	<u>Product. de Papel, Cartón e Impresos</u>	10.872.716	2.718.179	5.436.358	8.154.537	5.436.358	21.745.432	5.436.358	8.154.537	2.718.179
	340	<u>Bienes de Consumo de Of. e Insum</u>	20.603.988	5.150.997	10.301.994	15.452.991	10.301.994	41.207.975	10.301.994	15.452.991	5.150.997
	350	<u>Productos e Inst. químicos y medic.</u>	161.824.000	61.927.400	92.891.100	77.116.000	81.184.000	371.987.800	73.945.000	79.920.000	23.750.000
	360	<u>Combustibles y Lubricantes</u>	283.249.543	73.304.149	53.419.064	111.403.520	110.297.591	210.569.084	97.138.013	83.044.000	55.805.990
	390	<u>Otros Bienes de Consumo</u>	9.935.287	2.483.822	4.967.643	7.451.465	4.967.643	19.870.573	4.967.643	7.451.465	2.483.822
500 - Inversión Física	520	<u>Construcciones</u>	-	-	122.601.560	-	-	-	-	78.019.352	
	530	<u>Ad. de Mag. Eq. y Herram. en Gral.</u>	128.864.222		19.546.222	21.408.222	19.546.222	780.000			
	540	<u>Adq. de Eq. de Oficina y Comp.</u>	16.419.000	7.174.000	4.980.000	6.055.000	5.124.000	19.624.000	8.051.000	18.781.980	11.390.000
TOTALES		2.297.692.381	845.857.244	1.291.392.675	1.605.792.297	1.085.127.313	4.740.212.866	1.066.648.731	1.624.254.321	888.199.964	

Fuente: Datos proporcionados por la Dirección de Administración y el Departamento de Contabilidad de SENEPA. Junio 2012. Los datos son estimativos y pudieran presentar variaciones, en tanto que no reflejan la totalidad de la inversión realizada en el año, en tanto que la institución no lleva su presupuesto por departamentos y el ejercicio que se hizo para esta y la siguiente tabla fue realizar estimaciones sobre la inversión realizada; adicionalmente varios bienes de consumo e insumos se compraron en el año anterior (2010).

Tabla N° 58d Estimación de gastos operativos de SENEPA por Región Sanitaria. Ejercicio 2011.

Zonas y Nivel Central			Zona IX Paraguarí	Zona X Alto Paraná	Zona XI Central	Zona XII Ñeembucú	Zona XIII Amambay	Zona XIV Canindeyú	Zona XV Pdte. Hayes	Zona XVIII Zona Capital	Nivel Central
Grupos de Gastos	Cod. Nº	Objeto del Gasto	25	175	66	7	26	49	15	61	382
	260	<u>Servicios Técnicos y Profesionales</u>		-	-	-	-	-	-	-	306.530.819
	280	<u>Otros Servicios en General</u>		-	-	-	-	-	-	-	27.998.000
300 Bienes de Consumo	320	<u>Textiles y Vestuarios</u>	9.999.340	79.994.720	29.998.020	4.999.670	9.999.340	19.998.680	9.999.340	29.998.020	174.988.450
	330	<u>Product.de Papel, Cartón e Impresos</u>	5.436.358	43.490.864	16.309.074	2.718.179	5.436.358	10.872.716	5.436.358	16.309.074	95.136.265
	340	<u>Bienes de Consumo de Of. e Insum</u>	10.301.994	82.415.950	30.905.981	5.150.997	10.301.994	20.603.988	10.301.994	30.905.981	180.284.891
	350	<u>Productos e Inst. químicos y medic.</u>	118.362.000	764.715.000	2.359.599.300	13.590.000	105.430.500	164.552.800	125.860.000	650.012.100	-
	360	<u>Combustibles y Lubricantes</u>	121.648.629	575.713.343	388.027.276	27.402.459	174.873.020	99.257.045	93.558.823	436.279.955	648.969.555
	390	<u>Otros Bienes de Consumo</u>	4.967.643	39.741.146	14.902.930	2.483.822	4.967.643	9.935.287	4.967.643	14.902.930	86.933.758
	520	<u>Construcciones</u>	-	-	-	-	131.034.295	121.104.680	-	-	510.138.762
500 Inversión Física	530	<u>Ad. de Maq. Eq. y Herram. en Gral.</u>	780.000	446.090.000	934.000.000	153.346.222	127.126.222	153.346.222	135.600.000	210.780.000	1.020.822.836
	540	<u>Adq. de Eq. de Oficina y Comp.</u>	10.435.000	18.249.000	9.014.000	2.590.000	10.095.000	13.880.000	10.594.000	9.886.980	215.160.960
	570	<u>Adquis. de Activos Intangibles</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	50.398.000
	840	<u>Transf. Corrientes del Sect. Privado</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	1.608.000
TOTALES			1.245.699.775	9.716.178.467	6.261.552.712	521.581.876	1.708.896.314	3.037.268.292	1.038.957.190	3.411.847.125	20.234.869.634

Fuente: Datos proporcionados por la Dirección de Administración y el Departamento de Contabilidad de SENEPA. Junio 2012. Ver nota explicativa cuadro anterior.

Continuando el análisis de las tablas anteriores, siguiendo el objeto del gasto, podemos ver que es el rubro de salarios, en el que se invierte el 40.3% del presupuesto institucional. De nuevo es el nivel central (G. 8.848 millones), así como los departamentos de Alto Paraná (G. 4.524 millones); Caaguazú (G. 2.540 millones); Canindeyú (G. 1.671 millones); Concepción (G. 866.563 millones); y el departamento Central (G. 854.976 millones), los que se llevan un porcentaje más alto.

Al rubro de jornales le corresponde un 16% manteniendo siempre la misma proporción de las instituciones como se ha mostrado anteriormente. En el rubro de combustibles se gasta un

5.8% del total del presupuesto; y en el rubro de medicamentos se invierte un 8.5% del total del presupuesto institucional.

Aportes de Terceros

Tal como ya se definió en un apartado anterior, el programa no recibe fondos de terceros; fundamentalmente se sostiene de los fondos asignados por el Estado Paraguayo.

Recuperación de Gastos

Bajo el criterio de gratuidad, que ya fue mencionada en una sección anterior, no se cuenta con una política de recuperación de gastos.

3.5. Sostenibilidad del Programa

El Sub-programa Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitida por Vectores es implementado por el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo –SENEPA-. Es un subprograma del Programa Vigilancia Sanitaria que pertenece al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Se implementa a través de 5 componentes: Sub-Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue, Sub-Programa Nacional de Control del Paludismo, Sub-Programa Nacional de Control de las Leishmaniosis, Sub-Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas y Sub-Programa de Vigilancia y Control de la Esquistosomiasis.

Ante las constantes manifestaciones de epidemias ocasionadas por vectores que ha sufrido el país, la Institución ha recibido el respaldo de las principales autoridades de salud para hacer frente a dichos desafíos.

La institución se ha posicionado de manera adecuada como el ente rector del control de las enfermedades transmitidas por vectores en el país; y ha mostrado su capacidad de gestión en períodos de emergencia por epidemias, como también en períodos de mayor quietud.

A partir de la emergencia del Dengue y con el establecimiento de la Estrategia de Gestión Integrada aprobada por los Ministerios de Salud en la 44° reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en septiembre de 2003, en donde se instó a los Estados miembro a considerar al Dengue como un problema de prioridad nacional, la institución ha establecido de manera prioritaria una serie de acciones tendientes a mejorar las condiciones de salubridad, y por ende, de vida, de la población paraguaya.

Sobre la base de la Vigilancia y el control de vectores; así como de motivar y animar una mayor movilización social y una mayor coordinación interinstitucional, SENEPA ha logrado que un mayor número de organismo de Estado y de la Sociedad civil se sumen a la lucha por prevenir las enfermedades producidas por vectores; así como la destrucción de los criaderos y zonas de reproducción de los vectores.

Siguiendo la Estrategia COMBI (Comunicación para el Impacto Conductual)¹²², que define 15 pasos para el avance en el trabajo: 1. armar un equipo de planificación multidisciplinario; 2. Establecer objetivos conductuales preliminares; 3. Planificar y realizar la investigación formativa; 4. retroalimentar la investigación formativa; 5. analizar, priorizar y especificar los objetivos conductuales finales; 6. Segmentar los grupos destinatarios; 7. elaborar la estrategia de intervención; 8. Probar los mensajes y materiales; 9. Establecer un sistema de monitoreo; 10. Fortalecer las aptitudes del personal; 11. Establecer sistemas para compartir la

¹²² Parks, Will y Lloyd, Linda. *Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue. Guía paso a paso*. Organización Mundial de la Salud- Organización Panamericana de la Salud. Año 2004. 145 pp.

información; 12. Estructurar los programas; 13. Definir líneas estratégicas; 14. Asignar presupuesto; 15. Revisión; la institución ha progresivamente desarrollando las diversas estrategias que la han llevado a coordinar y establecer acciones de trabajo con otros entes de salud; municipalidades; organizaciones no gubernamentales; grupos sociales; etc.

Sin embargo, dado que los cambios conductuales requieren de tiempo, y que los procesos educativos son esenciales para los mismos, la institución deberá realizar un esfuerzo mayor alrededor de los organismos encargados de la Educación Pública y Privada en el país, a fin de motivarlos a incorporar contenidos orientados con este fin dentro de los planes de estudio de los alumnos.

Aun cuando la estructura operativa de SENEPA está bastante bien formalizada, con el surgimiento del modelo de Atención Primaria en Salud, a través de las Unidades de Salud de la Familia (USF); mucho más trabajo tiene que realizarse en el ámbito de la prevención. De esa cuenta, el capital de conocimiento acumulado por SENEPA puede y debe ser utilizado en la capacitación de recursos humanos vinculados a las USF, sobre todo en la figura de los Agente Comunitarios, Auxiliar de Enfermería y médica.

La institución cuenta con especialistas y técnicos formados a lo largo de muchos años de trabajo. Cuenta con un laboratorio entomológico de referencia nacional y dispone de los recursos y el conocimiento para hacer frente a la labor establecida en el fin y propósito de la matriz de marco lógico.

La institución goza de credibilidad a nivel de las comunidades y de amplios sectores de la sociedad paraguaya. El trabajo constante y amplio desarrollado por SENEPA, a lo largo de muchos años y en prácticamente todo el territorio nacional, le ha valido un reconocimiento a su labor.

3.6. Justificación de la continuidad

Los constantes brotes epidémicos y el resurgimiento de los vectores como agentes causales de enfermedad han motivado a las autoridades sanitarias de los diversos países de América Latina a fortalecer sus mecanismos de lucha contra estas amenazas.

La generación de Estrategias de Gestión Integrada son hoy en día la norma a seguir en las acciones de salud vinculadas en la lucha contra los vectores.

Si bien los logros obtenidos en la lucha contra la malaria son altamente satisfactorios para el país, que le han valido el reconocimiento a nivel internacional al disminuir la incidencia de la enfermedad en más de un 99%; no sucede lo mismo con el caso del Dengue, en donde la presencia actual de 4 serotipos de circulación constante, hace que el trabajo en este sector se haya incrementado de manera considerable.

Los resultados muestran que SENEPA ha sido una institución lo suficientemente capaz para dar respuesta a estos desafíos; sin embargo necesita afinar aún más los mecanismos orientados a una mayor participación ciudadana y a estrategias más locales (ámbito municipal) de acción y reacción a la lucha contra los vectores. La nueva Ley orgánica municipal establecida en febrero del 2010 le abre un abanico amplio de oportunidades a SENEPA, a fin de establecer mecanismos de coordinación y de trabajo con los diferentes entes municipales existentes en el país.

Los déficit de atención y cobertura que el país ha presentado durante años, mejorado de manera significativa por el establecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la salud,

sobre todo con el personal sanitario de las USF, y la promoción de la participación comunitaria, deben de llevar a SENEPA a establecer otro tipo de articulación que le permita lograr los impactos que la institución ha logrado, como lo ha sido la articulación de la red de más de 4.000 voluntarios alrededor de la lucha contra la Malaria.

La lucha contra las enfermedades olvidadas, tales como la Leishmaniosis y el Chagas (enfermedades fuertemente vinculados a ámbitos de pobreza), deberían también motivar al personal directivo de SENEPA, a articular dentro de las estrategias de lucha contra la pobreza, acciones concretas en el control y eliminación de estos vectores, en las zonas en donde se establecen los programas prioritarios del gobierno orientados a estos sectores.

En relación a la factibilidad de que el sub-programa siga funcionando y cumpliendo de manera adecuada sus objetivos, dadas las condiciones actuales de operación, en términos de los factores antes mencionados, apuntan sin duda a la continuidad del trabajo de SENEPA.

SENEPA deberá continuar su trabajo en los siguientes años fortaleciendo sus capacidades de respuesta; animando al cambio de conducta de la población paraguaya en el área del control de los vectores; actualizando sus sistemas de recolección de datos en función de nuevos indicadores que incorporen la participación ciudadana y de otras organizaciones gubernamentales y sociales en la lucha contra las enfermedades.

El Panel de evaluadores considera que el modelo de intervención que ha promovido SENEPA muestra para los diversos vectores que ha sido efectivo, sobre todo en el ámbito del manejo de Malaria, Chagas, Leishmaniosis y Esquistosomiasis. En el caso del Dengue, dada la amplitud de las epidemias, la reproducción del mosquitos en afluentes de agua limpia, las condiciones climáticas de Paraguay con muchos árboles, agua; la proliferación de basuras y el mal manejo del saneamiento ambiental, sumado a la poca educación en salud que ha tenido la población por muchos años, muestran la necesidad de un trabajo integrado, tal como ha sido establecido en la Estrategia de Gestión Integrada. En los próximos meses y años será importante para la institución que desarrolle nuevos indicadores que den cuenta de los procesos de articulación social, espacios de coordinación; mecanismos de monitoreo y control y nivel de efectividad de las acciones establecidas, etc.

Dado que la necesidad que dio origen al SENEPA sigue estando vigente, SENEPA encuentra más que justificada su razón de ser y existir.

IV. CONCLUSIONES

4.1. Principales conclusiones a nivel de Diseño

La Matriz del Marco lógico, al que el equipo evaluador tuvo acceso, cuenta con la descripción del objetivo a nivel de fin, el cual, está en concordancia con la Misión explicitada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; por otro lado, el propósito del sub/programa está asociado al problema o necesidad central de Reducir y Controlar las enfermedades transmitidas por Vectores; los cinco componentes (o subprogramas) a través de los cuales SENEPA articula su respuesta hacia la sociedad paraguaya son adecuados.

A nivel de la lógica vertical, en la Matriz de Marco Lógico se definieron de manera inadecuada los componentes ya que los mismos son los 5 subprogramas nacionales con los que la institución desarrolla sus acciones (Sub-Programa Malaria; Sub-programa Dengue, Sub-Programa Leishmaniosis; Sub-programa Dengue; y Sub-programa Esquistosomiasis).

El propósito general definido es lo suficientemente amplio para abarcar a cada uno de los subprogramas y por lo que no se requería definir un propósito por cada uno de los subprogramas.

En todos los cinco componentes las actividades de **promoción** establecidas en la matriz, son insuficientes o no están definidas (como en el caso del componente Dengue), tampoco refleja todas las actividades de Promoción que se indican en los POA's de la institución.

A nivel de la matriz de evaluación, si bien SENEPA realiza un número importantes de acciones de **prevención de la salud**, no todas éstas quedan reflejadas de manera adecuada en la MML analizada.

En la actualidad los 5 subprogramas (componentes) son provistos y desarrollados por SENEPA y no se justifica su ejecución por parte del sector privado.

A nivel de la lógica Horizontal, existen indicadores definidos de manera adecuada pero no son suficientes para medir las cuatro dimensiones de: eficacia, calidad, eficiencia y economía. No se definieron metas y ni los medios de verificación para medir el fin y el propósito del Programa. Los indicadores definidos para ver el grado de avance en cada uno de los cinco subprogramas son insuficientes, en función de que en gran medida sólo se definieron indicadores de eficacia y muy pocos en el ámbito de economía, eficiencia y calidad.

En el ámbito de los indicadores de economía se definió únicamente el porcentaje del presupuesto ejecutado con respecto al plan financiero asignado en enero del año t; así como el porcentaje del presupuesto ejecutado con respecto al plan financiero asignado en diciembre del año t.

En relación al Diseño se puede decir que la creación y desarrollo de la institución responde a las necesidades de reducir y controlar las enfermedades transmitidas por vectores; sin embargo se hace necesario definir indicadores más precisos que permitan medir los resultados que la institución debe alcanzar con relación a dicho propósito.

4.2. Organización y Gestión

En relación a los mecanismos de **coordinación y asignación de responsabilidades y funciones**, en el marco de la evaluación se pudo verificar que a nivel central el SENEPA logra articular y coordinar acciones con una serie de actores: autoridades municipales, líderes sociales, autoridades institucionales, miembros de otras organizaciones gubernamentales, medios de prensa, otras instancias del Ministerio de Salud, líderes religiosos, etc. Dependiendo del nivel de liderazgo que cuente el equipo de SENEPA de la zona involucrada, los procesos de coordinación con otros actores muestran niveles diferenciados. En algunos lugares se logran articular de buena manera con las autoridades municipales y de la gobernación, articulan con ONG's y grupos de iglesia, promueven la participación de voluntarios en salud, etc.

El equipo evaluador no ha tenido acceso a los manuales de funciones y de procedimientos de la institución, aunque la elaboración de dichos manuales fue el tema de una consultoría anterior, en el año 2010. Tampoco se tuvo acceso a los manuales elaborados por los consultores, dado que aún los mismos no han sido aprobados por las autoridades respectivas. En la práctica se da una dinámica de relacionamiento entre los funcionarios del nivel central, regional y local.

Los equipos zonales de SENEPA, al igual que el equipo central promueven una amplia participación de la población tanto en actividades de promoción como en actividades de prevención. A nivel de las instituciones, SENEPA ha logrado que organismos como las municipalidades y/o gobernaciones se sumen al esfuerzo de divulgar información, a la par de trabajar en la destrucción de criaderos de mosquitos relacionados con la transmisión del dengue. En el caso de control de Leishmaniosis y Chagas, los mecanismos de participación ciudadana son limitadas; ya que se limitan a la detección de la enfermedad y/o a la captura de la Vinchuca.

El equipo evaluador considera que los criterios de focalización del programa, en cuanto a la ubicación de zonas endémicas de las enfermedades, siguiendo mapas de riesgo y tendencias históricas de las enfermedades producidas por los vectores es oportuna; sin embargo es necesario actualizar los mapas de riesgo y articular los mismos con las acciones que se establecen en las Planes Operativos Anuales.

Al momento de la evaluación no fue posible hacer los cálculos de presupuestarios por cada uno de los 5 subprogramas nacionales (componentes) ni por departamento, debido a que en la actualidad la institución no procesa la información en dicha forma; y no se tiene la información desagregada de esa manera. En el período de estudio, SENEPA ha utilizado la ficha fiscal para dar cuenta de la forma en la que utiliza los recursos, subdividiendo dicha utilización en las actividades de: Prevención, Promoción y Recuperación.

En cuanto a los recursos humanos se ha logrado un avance importante a través de la instalación de los equipos regionales, la flexibilidad que los mismos tienen para actuar, que consiste en el hecho de que si un sector o zona diferente a la propia presenta una epidemia es posible trasladar por semanas o meses recursos humanos de otras zonas para que trabajen de manera activa en el combate de los vectores. También SENEPA ha mejorado su capacidad de relacionamiento a nivel departamento y a nivel municipal, logrando una mayor participación de las autoridades locales.

Las bases de datos disponibles incluyen información necesaria y suficiente sobre el comportamiento de algunos vectores. Sin embargo es necesario que en el procesamiento de la información se desglosen cada una de las actividades evitando sumar acciones que no son similares (por ejemplo charlas, participantes, materiales entregados, etc.). Asimismo se pudo constatar que hace falta incorporar nuevas categorías de datos en cuanto a procesos de articulación y coordinación de acciones con otros actores tanto gubernamentales como no gubernamentales; y aspectos relacionados con la participación de los voluntarios.

4.3. Eficacia y calidad

El análisis del desempeño del Programa de SENEPA, a nivel del propósito de lograr la reducción y control de enfermedades transmitidas por vectores, se ha cumplido, aunque de manera diferenciada en cada componente. Hay logros importantes en Malaria, y avances en la lucha contra del Dengue, pero aun así, el aumento en el número de casos de enfermos y las muertes que ha provocado deben hacernos desarrollar de mejor manera el trabajo inter-institucional y un mayor involucramiento de los actores sociales a la lucha contra el Dengue.

Los resultados en cuanto a Leishmaniosis y Chagas muestran que se ha logrado responder de manera positiva a los casos que se han presentado y que se ha ido avanzando progresivamente en la búsqueda activa de casos; sin embargo, creemos que con una búsqueda más intensiva se podrían lograr aún resultados más altos. En el caso de Esquistosomiasis dado que el país no presenta ningún caso de dicha enfermedad, podríamos decir que el control que realiza es de tipo preventivo y ha dado muestras de la no presencia de la enfermedad en el país.

Para conocer el grado de satisfacción de los beneficiarios efectivos, en el marco de la evaluación se realizaron dos visitas de campos, la primera fue realizada sobre 133 personas de 9 departamentos distintos hacia los cuales se orientó la investigación, sobre todo relacionado con las áreas de incidencia epidemiológica de los vectores. En la encuesta de opinión de la segunda visita de campo, aplicada a 157 personas en tres municipios de la región central (Luque, San Lorenzo y Fernando de la Mora) en áreas alrededor de 15 barrios distintos en donde se ha estado presentando el vector del dengue durante los últimos meses. A la consulta de cómo calificaría la calidad de los servicios ofrecidos por SENEPA, el 2% dijo que Excelente, mientras que el 34% calificó el servicio como muy bueno y el 31% dijo que el servicio es bueno. Un 17% dijo que el servicio es regular y el 9% malo. Un 7% no respondió a la pregunta.

Del grupo de personas a las que se les pasó la boleta, el 57% expresó alguna recomendación para que SENEPA mejore sus servicios en la comunidad; mientras que el 43% restante no expresó ninguna recomendación en particular.

La recomendación más frecuente indica que la población espera que SENEPA fumigue más a menudo; mientras que en mucho menor porcentaje se menciona la necesidad de insistir en crear conciencia para que la población en general colabore con la limpieza de su patio. En un menor porcentaje se solicita que entren a fumigar en cada una de las casa y también en la cuadra. También aconsejan, que la institución destruya yuyales y que también pasen a fumigar en el lugar de trabajo.

4.4. Recursos Financieros

Dado que en la actualidad SENEPA no lleva sus registros presupuestarios por los componentes definidos en la matriz de marco lógico de noviembre del 2011, el equipo evaluador realizó un análisis de la eficiencia institución en función de los grupos de gastos,

El rubro de servicios personales es el que mayor porcentaje de ejecución ha registrado, en el periodo considerado en la evaluación, lo que se debería al hecho de tratarse de un gasto rígido. En el ámbito de servicios no personales, la ejecución presupuestaria muestra una sub/ejecución presupuestaria del orden del 40 al 45% para el período. En el ámbito de los servicios no personales se incluyen los gastos por servicios básicos; transporte y almacenaje, pasajes y viáticos, gastos por servicio de aseo, mantenimiento y reparación; alquileres, servicios de capacitación y otros servicios en general. En el grupo de gasto relacionado con bienes de consumo e insumos tanto para el año 2008 como para el año 2011 este rubro no fue ejecutado de manera adecuada, dado que presentó niveles de sub/ejecución entre el 42% y el 55%.

En relación a la economía se puede destacar que la ejecución presupuestaria de SENEPA alcanza un promedio de 81.5% para el período, con variantes que van de un 68% en el año 2008; un 88% en el año 2009; un 89% en el año 2010; a un 81% en el año 2011.

4.5. Sostenibilidad del sub/programa

Ante las constantes manifestaciones de epidemias ocasionadas por vectores que ha sufrido el país, la Institución ha recibido el respaldo de las principales autoridades de salud para hacer frente a dichos desafíos.

La institución se ha posicionado de manera adecuada como el ente rector del control de las enfermedades transmitidas por vectores en el país; y ha mostrado su capacidad de gestión en períodos de emergencia por epidemias, como también en períodos de mayor quietud.

La institución goza de credibilidad a nivel de las comunidades y de amplios sectores de la sociedad paraguaya tal como ya vimos en los resultados de las encuestas a usuarios de los servicios y de las entrevistas sostenidas con funcionarios de otras dependencias del Ministerio de Salud; así como de autoridades locales y regionales. El trabajo constante y amplio desarrollado por SENEPA, a lo largo de muchos años y en prácticamente todo el territorio nacional, le ha valido un reconocimiento a su labor.

En relación a la factibilidad de que el sub-programa siga funcionando y cumpliendo de manera adecuada sus objetivos, dadas las condiciones actuales de operación, en términos de los factores antes mencionados, apuntan sin duda a la continuidad del trabajo de SENEPA. Por lo que deberá continuar su trabajo en los siguientes años fortaleciendo sus capacidades de respuesta; animando al cambio de conducta de la población paraguaya en el área del control de los vectores; actualizando sus sistemas de recolección de datos en función de nuevos indicadores que incorporen la participación ciudadana y de otras organizaciones gubernamentales y sociales en la lucha contra las enfermedades.

4.6. Justificación de continuidad

Los constantes brotes epidémicos y el resurgimiento de los vectores como agentes causales de enfermedad han motivado a las autoridades sanitarias de los diversos países de América Latina a fortalecer sus mecanismos de lucha contra estas amenazas. La generación de Estrategias de Gestión Integrada son hoy en día la norma a seguir en las acciones de salud vinculadas en la lucha contra los vectores.

Los resultados muestran que SENEPA ha sido una institución lo suficientemente capaz para dar respuesta a estos desafíos; sin embargo necesita afinar aún más los mecanismos orientados a una mayor participación ciudadana y a estrategias más locales (ámbito municipal) de acción

y reacción a la lucha contra los vectores. La nueva Ley orgánica municipal establecida en febrero del 2010 le abre un abanico amplio de oportunidades a SENEPA, a fin de establecer mecanismos de coordinación y de trabajo con los diferentes entes municipales existentes en el país.

El Panel de evaluadores considera que el modelo de intervención que ha promovido SENEPA ha probado ser efectivo, pero que falta afinar acciones en el ámbito de la lucha contra el Dengue incorporando de manera más activa a las autoridades locales y regionales y haciendo un mayor número de alianzas con otros ministerios.

V. RECOMENDACIONES

- A. Es necesario que SENEPA defina de manera precisa y acorde a cada uno de los componentes, los indicadores necesarios para los servicios de Promoción, Prevención y Recuperación (en los componentes en los que se define esta última acción). Sobre todo es importante que a la hora de recolectar, procesar y presentar la información, la misma sea desglosada de manera coherente evitando la suma de acciones que no están relacionadas.
- B. Desarrolle e incorpore indicadores de eficiencia y economía como por ejemplo los costos de cada uno de los componentes; la inversión o transferencia de recursos que se realiza a cada una de las zonas y/o los sectores; las acciones de capacitación desarrolladas por departamentos; así como las acciones de monitoreo y seguimiento que se realizará a cada uno de los cinco componentes. También es necesario definir indicadores relacionados con articulación y coordinación de acciones con otros actores, sean estos gubernamentales o no gubernamentales por cada uno de los componentes; así como indicadores de género, relacionados con los niveles de cobertura, atención y tratamiento que recibe la población, diferenciada por sexo.
- C. Se deben desarrollar acciones orientadas a un mejor nivel de intervención en el ámbito de la educación para la salud, dado que en buena medida, el control de vectores está supeditado a un mecanismo CAP (Conocimiento-Actitudes y Prácticas) es importante mejorar la relación con la Dirección de Promoción de la Salud, así como con el Ministerio de Educación y otras entidades educativas.
- D. Revise y estructure los Planes Operativos Anuales siguiendo de manera adecuada los mapas de riesgo y los comportamientos históricos mostrados por los vectores a nivel de los departamentos. Realice el esfuerzo de vincular de manera más precisa las metas programadas en función de los resultados que pretende alcanzar.
- E. Revise y analice de manera más precisa la distribución de los recursos humanos asignados a las tareas de los componentes, en función que hoy en día hay componentes que en ciertas zonas endémicas no cuentan con los recursos necesarios para hacer frente a las actividades relacionadas con el control de algunos de los vectores. De la misma manera, revise y actualice los criterios institucionales de focalización de acciones.
- F. Estructure de manera precisa y por componente, los procesos de trabajo a realizar con las Unidades de Salud de la Familia a nivel departamental y los resultados esperados en las actividades de promoción y prevención en salud.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Gobierno de la República del Paraguay. Ley N° 458 *del 12 de septiembre de 1957.*
- Gobierno de la República del Paraguay. Equipo Económico Nacional. **Plan Estratégico Económico y Social –PEES- 2008-2013.** Propuestas para un crecimiento económico con inclusión social en Paraguay. Paraguay, 2008. Pp.138.
- Gobierno de la República del Paraguay. Secretaría Técnica de Planificación. Servicio Nacional de Erradicación de Enfermedades transmitidas por Vectores –SENEPA-.**Plan Estratégico Institucional 2008-2013.** Mimeo. Sf. 40 pp.
- Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. **Encuesta Permanente de Hogares del año 2010.** Asunción, Paraguay, 2010.
- Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, **Anuario Estadístico del 2009.** Asunción, Paraguay, 2010.
- Gobierno de la República del Paraguay. Presidencia de la República. Gabinete Social. Propuesta para el desarrollo socio-económico con equidad, igualdad y universalidad. **Paraguay para Todos y Todas.** Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020. 1era. Edición. 2010. 128 pp.
- Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Paraguay: Proyección de la Población Nacional por sexo y edad. 2000-2050. Asunción, Paraguay, Diciembre 2005. Pp. 119.
- Gobierno de la República del Paraguay. Poder Legislativo. **Ley general del presupuesto.** Ley 3693 del 13 de enero 2009.
- Gobierno de la República del Paraguay. Poder Legislativo. **Ley general del presupuesto.** Ley 3964 del 20 de enero del 2010.
- Gobierno de la República del Paraguay. Secretaría Técnica de Planificación. Servicio Nacional de Erradicación de Enfermedades transmitidas por Vectores –SENEPA-.**Plan Estratégico Institucional 2008-2013.** Mimeo. Sf. 40 pp.
- Gobierno de la República del Paraguay. Congreso de la Nación. Ley 3.966/2010. Ley Orgánica Municipal. Asunción, Paraguay. Febrero 2010.
- Ministerio de Hacienda-Dirección General de Presupuesto. Departamento de Control de Ejecución y Evaluación Presupuestaria. Informe Final de Evaluación. Programa Unidades de Salud de la Familia. Junio 2011. Mimeo 139 pp.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo. Departamento de Gestión de Datos Epidemiológicos. Datos proporcionados en marzo 2012.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/Dirección General de Planificación y Evaluación.- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). **Financiamiento y Gasto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social por Función.** Asunción, Paraguay, Diciembre 2007. 135 pp.

- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo –SENEPA. Memoria Anual de Labores 2009. Asunción, Paraguay, sf. 75 pp.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo –SENEPA. Informe Anual de Gestión 2010. Asunción, Paraguay, sf. 91 pp.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo –SENEPA. Memoria Institucional 2011. Asunción, Paraguay, sf. 90 pp.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar social. Dirección de Presupuesto. Departamento de Control y Evaluación Presupuestaria. Informe de Control y Evaluación. Ejercicio Fiscal 2009.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Aprobación de las “Políticas Públicas para la calidad de vida y salud con equidad 2008-2013”. Resolución S.G. No. 131/2008. 26 de septiembre de 2008.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Planificación-Dirección General de Atención Primaria de Salud. Programación Estratégica Institucional. 2009-2013. Asunción, julio 2010. 17 pp.
- Pan American Health Organization. <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/Dengue.htm>. Citado en: Gómez Dantés, Héctor y Ramsey Willoque, Janine. Dengue en las Américas : Desafíos para su prevención y control. Fundación Mexicana para la Salud. México, DF. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 25 Sup 1S19-S31, 2009. 13 pp.
- Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica: Actualización sobre la situación de Dengue en las Américas. Situación del Dengue 2010-2011/Alerta Dengue 2011. Publicado el 2 de febrero del 2011. 7 pp.
- Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica: Actualización sobre la situación de Dengue en las Américas. Publicado el 19 de agosto del 2011. 5 pp.
- Programa Especial para Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales (TDR: UNICEF-PNUD-Banco Mundial-Organización Mundial de la Salud). Dengue: Guías para el Diagnóstico, Tratamiento, Prevención y Control. Nueva Edición. 2009. 170 pp.
- Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo. *Ficha de Antecedentes del Programa para la Preparación del Marco Lógico de SENEP*. SENEPA. Asunción, Viernes 27 de Enero, 2012.
- Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo, *Folleto Paludismo*, Programa de Control del Paludismo en Paraguay, SENEPA, , s/ fecha, s/ año.
- UNFPA-Secretaría de la Mujer. III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. 2008-2017, Asunción, Junio 2008. 67 pp.

VII. ANEXOS

Anexo 1

MATRIZ DE MARCO LOGICO SENEPA FINES 2011

FIN	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.			
PROPOSITO GENERAL			
Reducción y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores			
Propósito Paludismo: Reducción sostenida y paulatina de los casos de paludismo con respecto a los últimos 10 años (2001-2010) en un 50%			
Propósito Dengue: Contribuir a mantener baja la incidencia de dengue en el Paraguay, para reducir la repercusión social, económica de la enfermedad como lo establece la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del Dengue -EGI- Nacional (menos del 5% de Indice de Infestación según OMS/OPS)			
Propósito Chagas: Reducción de la transmisión vectorial a través de la vigilancia epidemiológica y entomológica.			
Propósito Leishmaniosis: Fortalecimiento de la cobertura y oportunidad del sistema de vigilancia epidemiológica existente, garantizando el tratamiento oportuno al 100% de los casos confirmados.			
Propósito Esquistosomiasis: Mantener el Status de Ausencia de casos de Esquistosomiasis, a través de la vigilancia.			

Componente Prevención			
1. Establecer el número de muestras para paludismo a ser tomadas mensualmente, por distrito y/o departamentos, según estratificación de riesgo.	Eficacia/Proceso Porcentaje de muestras examinadas y diagnosticadas en el año t Fórmula de Cálculo: (número de muestras examinadas en el año t/número de muestras planificadas en el año t) * 100	Planilla EP19 Ficha de notificación de síndrome agudo febril Planilla EP1 Planilla EP2	Inexistencia de epidemias o brotes
2. Garantizar el cumplimiento del cronograma de itinerario de rociado establecido para las áreas palúdicas de riesgo.	Eficacia/Producto Porcentaje de intervenciones de control realizadas en el año (bloqueos de casos) Fórmula de Cálculo: Número de intervenciones de control realizadas en el año t/ (número de intervenciones control programadas en el año t) * 100 Eficacia/Producto Porcentaje de viviendas rociadas en el año t. Fórmula de cálculo: (número de viviendas rociadas en el año t/número de viviendas programadas en el año t)*100	Planilla de rociado R6. Informes mensuales de las zonas. Fichas de notificación de caso Planilla III.I Planilla de rociado R6. Informes mensuales de las Zonas.	Condiciones climáticas favorables, inexistencia de epidemias o brotes, Población predisposta a las intervenciones del programa. Condiciones climáticas favorables, inexistencia de epidemias o brotes, Población predisposta a las intervenciones del programa
3. Proseguir con el Plan Nacional de Vigilancia entomológica para Aedes aegyptii.	Eficacia/Producto Porcentaje de intervenciones de vigilancia realizadas en el año t. Fórmula de cálculo: (número de intervenciones de vigilancia realizadas en el año t/número de intervenciones vigilancia programadas en el año t) * 100	Planilla de registro de viviendas.	Condiciones climáticas favorables, inexistencia de epidemias o brotes, Población predisposta a las intervenciones del programa

Componente Prevención			
4. Monitoreo y funcionamiento de la red de vigilancia laboratorial en el control pre natal de Chagas en deptos. Endémicos.	Eficacia/Proceso Porcentaje de investigaciones entomológicas realizadas en el año t (Según Plan Nacional de Vigilancia Entomológica) Fórmula de cálculo: Número de investigaciones entomológicas realizadas en el año t/número de investigaciones programadas para el año t) * 100	Planilla III:1 Planilla III:2	Condiciones climáticas favorables, inexistencia de epidemias o brotes, Población predisposta a las intervenciones del programa
5. Estratificación del grado de riesgo de transmisión vectorial por T. infestans de la enfermedad de Chagas por distritos, en departamento endémicos de la región oriental			
6. Muestrear al menos una vez al año poblaciones escolares en el marco de la vigilancia de la Esquistosomiasis	Eficacia/Proceso Porcentaje de muestras examinadas y diagnosticadas en el año t Fórmula de Cálculo: (número de muestras examinadas en el año t/número de muestras planificadas en el año t) * 100	Planilla EP19 Ficha de notificación de síndrome agudo febril Planilla EP1 Planilla EP2	Inexistencia de epidemias o brotes
7. Fortalecer la capacidad de sospecha y diagnóstico clínico de L. Visceral a Hospitales Regionales, Distritales y servicios de salud.			
8. Investigación vectorial de vectores de Leishmaniosis.			
9. Control químico en áreas de alta densidad de flebotomíneos.	Porcentaje del presupuesto ejecutado con respecto al plan financiero asignado en enero del año t Fórmula de cálculo (presupuesto ejecutado en el año t/recursos asignados en el plan financiero en diciembre del año t) * 100	Sistemas SIAF, SICO Y SIAPP	

Componente Recuperación			
1. Asegurar a todos los casos positivos de paludismo el esquema de tratamiento radical.	Eficacia/Resultados Intermedio Porcentaje de casos confirmados recuperados en el año t Fórmula de cálculo (Número de pacientes recuperados en el año t/número de casos confirmados en el año t) *100	Ficha de notificación de síndrome febril agudo. SENPA 34; EP1	Inexistencia de epidemias
2. Seguimiento del funcionamiento de la vigilancia de Chagas congénito, mediante el control prenatal en los dptos.. Paraguarí, Cordillera, Concepción, Boquerón y Pte. Hayes.			
3. Tratamiento al 100% de los casos confirmados de Leishmaniosis Visceral y por lo menos al 90% de los casos de Leishmaniosis Tegumentaria.			
	Porcentaje del presupuesto ejecutado con respecto al plan financiero asignado en enero del año t Fórmula de cálculo (presupuesto ejecutado en el año t/recursos asignados en el plan financiero en diciembre del año t) * 100	Sistemas SIAF, SICO Y SIPP	

Anexo 2
METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

**Subprograma del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social:
“Control y Vigilancia de Enfermedades Transmisibles por Vectores
(SENEPA)”.
Enero - Junio 2012.**

Coordinador del Equipo de Evaluación: Dr. José Guillermo Monroy Peralta

Tel: (595-21) 602099

Email: guille53mx@yahoo.com.mx

guille53a@yahoo.com.ar

Integrantes del Equipo: Mtra. María Magdalena Molinas

Dra. Jazmín Elena Villagra

1. Presentación

La República del Paraguay, en el marco del proceso de modernización de la Administración Pública, desde el año 2005, a través del Ministerio de Hacienda, presenta el desafío de generar mecanismos que permitan mejorar el proceso de asignación de recursos públicos, como base para aumentar la calidad de los bienes y servicios que el Estado entrega a la sociedad (¹²³).

Con el propósito de lograr este objetivo, el Ministerio de Hacienda ha puesto en marcha el proceso de fortalecimiento del Presupuesto General de la Nación, a través de la implementación del Presupuesto por Resultados (PPR), de tal forma que se transforme en una herramienta eficaz y eficiente para cumplir con las prioridades del gobierno, proporcionando información útil para la toma de decisiones, a la vez que sirva de base para el desarrollo de un esquema de gestión pública basado en el desempeño.

El Presupuesto por Resultados busca cambiar el foco de la discusión del presupuesto, actualmente centrada en los insumos y desde una perspectiva exclusivamente financiera, hacia los resultados que se logran y el efecto que sus acciones tienen sobre la sociedad, fortalecer los vínculos y la coordinación entre áreas operativas y áreas de administración financiera del Estado; dar mayor relevancia a los bienes y servicios que producen las entidades públicas como mecanismo de asignación de recursos en el presupuesto, y desarrollar mecanismos necesarios para el monitoreo presupuestario y la evaluación de los resultados obtenidos de la gestión pública.

Al respecto, el instrumento de Evaluación de Programas Gubernamentales tiene como objetivo generar información oportuna, independiente, pertinente y confiable respecto de los resultados de los programas evaluados, como un insumo para perfeccionar la gestión de los mismos y para las decisiones en materia de asignación y uso de recursos a los diferentes programas, proyectos e instituciones.

Para el año 2012, el Ministerio de Hacienda, a través de la Dirección General de Presupuesto. Ha decidido poner en marcha un proceso de Evaluación del Subprograma del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social: “Control y Vigilancia de Enfermedades Transmisibles por Vectores, mismo que es implementado por el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo – SENEPA, que es una Entidad del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, bajo la dependencia administrativa del Vice Ministerio y la dependencia técnica de la Dirección General de Vigilancia de la Salud¹²⁴.

SENEPA abarca los siguientes Programas de control: Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue, Programa Nacional de Control del Paludismo, Programa Nacional de Control de las Leishmaniosis, Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas y Programa de Vigilancia y Control de la Esquistosomiasis.

¹²³ Gobierno de la República del Paraguay. Ministerio de Hacienda. Dirección General de Presupuesto. Evaluación de Programas gubernamentales en el marco de la implementación del Presupuesto por Resultados (PPR). Términos de Referencia: Selección de Evaluadores Externos. Asunción, Paraguay, Diciembre 2011. 20 pp.

¹²⁴ SENEPA, Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo, AUDIENCIA PÚBLICA 2011, Presentación de Informe de Gestión, Asunción, Enero 2012.

2. Objetivo General de la Evaluación

Elaborar un informe final de la evaluación sobre el diseño y la gestión del programa, subprograma y/o proyecto seleccionado durante el Ejercicio Fiscal 2011.

Objetivos Específicos

Elaborar un informe final de la evaluación sobre el diseño y la gestión del programa, según los diversos ámbitos: Diseño; Organización y Gestión; Eficacia y Calidad; Antecedentes Financieros; Eficiencia / Economía; Resultados; Sostenibilidad del Programa; Justificación de la Continuidad del Programa; así como elaborar las Conclusiones y Recomendaciones, según el formato preestablecido

3. Metodología del Estudio

Se empleará la metodología de evaluación de diseño y gestión, utilizando la matriz de marco lógico, bajo el supuesto de mejorar el diseño y la gestión del programa, subprograma y/o proyecto con los recursos asignados a su presupuesto.

La Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Hacienda, proporcionará el formato de la Metodología Estándar a utilizar para la evaluación.

Se desarrollará un diseño del estudio multi-método, consistente en la elaboración e implementación de varios instrumentos como las guías de entrevistas semi/ estructuradas; cuestionario a usuarios; guías de discusión para Grupos Focales, F.O.D.A. Estos instrumentos se utilizarán tanto con las autoridades responsables del subprograma, como con dirigentes y personal sanitario en las regiones sanitarias; usuarios de los servicios, etc. Se utilizará un proceso de triangulación que permite una mayor confiabilidad de la información obtenida, un mejor entendimiento de los fenómenos registrados, así como reducir el sesgo inherente a las técnicas seleccionadas y su aplicación.

En el informe se incluirán además la percepción de los beneficiarios de los servicios, así como también de un grupo de funcionarios que actualmente trabajan en la institución.

El Panel evaluador recibirá por parte de los responsables del programa, subprograma y/o proyecto, los antecedentes al inicio de la evaluación y podrán requerir otras informaciones complementarias pertinentes durante el proceso, para lo cual deberán informar a la Contraparte sobre dichas solicitudes.

Se realizarán visitas de campo en lugares en los cuales SENEPA pone en marcha sus cinco Sub-programas de trabajo: Sub-Programa Nacional de Control Vectorial del Dengue, Sub-Programa Nacional de Control del Paludismo, Sub-Programa Nacional de Control de las Leishmaniosis, Sub-Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas y Sub-Programa de Vigilancia y Control de la Esquistosomiasis. En dichos lugares se visitarán las dependencias de salud relacionadas con el programa, así como otro tipo de entidades que tengan relación con la implementación del mismo.

Las áreas de visita fueron seleccionadas por el equipo de consultores, siguiendo el comportamiento y las tendencias epidemiológicas manifestadas por los vectores en los diversos departamentos del país. Se presentó un listado de visitas tanto a la Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Hacienda y a los directivos de SENEPA. Ninguna de las dos instituciones realizaron ningún reparo a la propuesta original del equipo evaluador.

3.1 Tarea 1: Recolección de datos estadísticos e informaciones sobre principales indicadores relacionados con los 5 subprogramas que ejecuta SENEPA

La recolección de la información se concentra en la revisión de los informes estadísticos y las bases de datos disponibles en SENEPA, con relación al control de los 5 vectores.

Entre los datos a recabar se encuentran:

- a) Estrategias utilizadas por SENEPA para el control del vector<
- b) Estadísticas relacionadas con número de casos de enfermedad ocasionados por el vector en el periodo de estudio
- c) Estrategias de promoción y prevención puestas en marcha por SENEPA
- d) Otras intervenciones.

3.2 Tarea 2: Diagnóstico operativo de la Situación actual de los servicios que ofrece SENEPA, siguiendo la guía establecida para esta evaluación. Análisis FODA y situación de recursos humanos, instalaciones y equipos en 8 de los departamentos o regiones en los cuales se realiza trabajo de campo.

Los departamentos seleccionados, según criterio de presencia de los vectores (que se explicitan más abajo) fueron:

1. Departamento Central
2. Departamento de Paraguarí
3. Departamento de Itapúa
4. Departamento de Alto Paraná
5. Departamento de Boquerón
6. Departamento de Concepción
7. Departamento de Cordillera
8. Departamento de Caaguazú.

Se utilizará para el estudio dos tipos de fuentes de información: primaria y secundaria. La información primaria a utilizar será la información disponible en SENEPA y en las Regiones Sanitaria sobre la situación de los servicios. La información secundaria se concentrará en el producto de trabajos de campo y verificación de la información primaria, usando instrumentos como cuestionarios, check list y entrevistas a los responsables de los establecimientos de salud.

3.3 Tarea 3 Definición de muestra de estudio

Muestreo: Se procedió a la realización de un muestreo de tipo no aleatorio estratificado, dado que no se podía cumplir con la condición de que todos los elementos de la población pudieran tener la oportunidad de ser escogidos en la muestra y por las características de la misma.

El tipo de muestreo fue de juicio, es decir, con base en la población que había presentado o presentaba la enfermedad o dificultades con la presencia del vector en el periodo de estudio. Este tipo de muestreo se caracteriza en que básicamente se busca seleccionar a

individuos que se juzga de antemano tienen un conocimiento profundo del tema bajo estudio, por lo tanto, se considera que la información aportada por esas personas es vital para la toma de decisiones. Dado que en el país a excepción del dengue y la malaria, el conocimiento que pudiera tener la población en general sobre la enfermedad y el trabajo que realiza SENEPA podría ser muy limitado, se optó entonces por realizar este tipo de muestreo.

El muestreo fue de tipo estratificado tomando como parámetro aquellas poblaciones que tenían la característica de haber presentado o estar presentando dificultades con los vectores relacionados a los 5 subprogramas nacionales que implementa el SENEPA. Se buscó mantener el criterio de homogeneidad en los estratos a medir, a fin de que no hubiera mucha variabilidad dentro de los mismos, entendiendo que los estratos funcionan mejor cuanto más homogéneos son cada uno de ellos respecto a la característica a medir.

De esa cuenta se seleccionaron los departamentos o regiones en donde SENEPA había reportado, a través de sus estadísticas e informes anuales, actividad del vector en los últimos tres años.

El tamaño de la muestra, dentro de cada estrato fue proporcional al tamaño del estrato que presentaba la dificultad con el vector, realizándose una asignación muestral de tipo proporcional, según el tipo de vector que se estuviera analizando.

Razones de costos, distancias y dispersión de la población en varios de los vectores a ser analizados (Leishmaniosis Tegumentaria, Chagas, Malaria y Esquistosomiasis) nos llevaron a la decisión de total que presentaba el problema en **estratos** o clases, y elegir en cada uno una muestra. El elemento en cada estrato debía ser semejante entre sí con respecto a la población que presentaba el problema. El total de sub-muestras representadas por cada uno de los vectores analizados, constituye el total de la muestra de la población.

Tres fueron entonces las características que se seleccionaron por cada territorio que se visitó:

1. Que haya habido evidencia de brote de enfermedad en el periodo de estudio (Dengue, Malaria, Chagas, Leishmaniosis) o que sea la zona en donde se controla el vector (Esquistosomiasis).
2. Que se hayan implementado medidas de control de vectores por parte de SENEPA
3. Que se pudiera recoger información en la población o muestra sobre la forma de intervención de SENEPA, tanto en el ámbito del control del vector como en actividades de promoción y prevención y grado de satisfacción de los usuarios.

Un segundo criterio fue que se pudiera entrevistar a las autoridades de SENEPA en la zona; al menos de 5 a 10 funcionarios de salud que tuvieran conocimiento o relación con el trabajo que realiza SENEPA; de 3 a 5 líderes municipales o de la gobernación departamental; miembros de familias de 3 a 5 viviendas en las que se realizan o realizaron intervenciones de control del vector; y de 3 a 5 pacientes que hayan sufrido la enfermedad (cuando se pudiera contactar con los mismos). Asimismo, cuando fue posible se recolectó información con expertos en la materia, que pudieran opinar sobre el trabajo que realiza SENEPA. Todo esto con el fin de realizar un proceso de triangulación de la información y poder verificar el trabajo y la percepción que tiene la población sobre SENEPA en el lugar, en el distrito o en el departamento.

A continuación se presenta una descripción de los procedimientos utilizados con cada subprograma.

Dengue

Dada la magnitud que ha presentado el Dengue en el país en los últimos años, prácticamente todo el territorio nacional ha estado expuesto a dicha situación. De esa cuenta, de las 18 regiones sanitarias en las que está dividido el Sistema Nacional de Salud, se seleccionaron al menos un 30% de las regiones sanitarias, sobre todo aquellas que han presentado situaciones más agudas o críticas en cuanto al manejo del vector, es decir, que hayan sido catalogados como zonas de muy alto riesgo (como es el caso de Asunción y el Gran Asunción) y de Alto Riesgo como es el caso de Coronel Oviedo, en Caaguazú, Horqueta en Concepción; Presidente Franco y Ciudad del Este en Alto Paraná; Caacupé, en Cordillera: Yaguarón y Paraguarí, en Paraguarí.

De esa cuenta se seleccionaron: la ciudad de Asunción, el municipio de San Lorenzo y Luque en el departamento Central, la Ciudad de Caacupé en el Departamento de Cordillera; la Ciudad de Coronel Oviedo en el departamento de Caaguazú; Presidente Franco y Ciudad del Este en Alto Paraná; y la ciudad de Horqueta en el departamento de Concepción.

Se decidió tomar una muestra de opinión de los servicios de SENEPA en los municipios de Asunción, San Lorenzo y Luque. Realizando un muestreo de 50 manzanas por cada uno de los municipios, y preguntando a 3 familias residentes por manzana sobre los servicios que SENEPA ha realizado en el control del vector. En total 150 encuestas de opinión.

Esquistosomiasis:

El Programa de Esquistosomiasis únicamente se implementa en las Regiones Sanitarias de Itapúa y Alto Paraná (alrededor de las dos grandes hidroeléctricas), y en el municipio de Ayolas que corresponde a Misiones.

En este caso las visitas de campo se realizaron en los dos lugares en donde está más fuertemente instalado en el Programa, que son la sede de SENEPA en Encarnación en el departamento de Itapúa, que es donde se lleva la dirección nacional del programa; y la sede de SENEPA en Presidente Franco, que corresponde al departamento de Alto Paraná.

En ambos lugares se realizaron entrevistas con los encargados del Programa; con el personal operativo del programa; se constataron estadísticas; y en el caso de Encarnación se participó en una visita de recolección de moluscos; así como de recolección de muestras fecales provenientes de personas que viven en zonas aledañas a la represa.

Malaria

La transmisión de Malaria en Paraguay es exclusivamente por *P.vivax* y está concentrada en los departamentos de Caaguazú y Alto Paraná

Paraguay es uno de los países de la región con menor número de casos de malaria en los últimos años. En el 2010 la incidencia (IPA), fue de 0,04 con 18 casos autóctonos registrados en los departamentos de Alto Paraná 18, y 9 importados del África, totalizando 27 casos; y únicamente 10 casos en el año 2011.

La transmisión de Malaria en Paraguay es exclusivamente por *P.vivax* y está concentrada en los departamentos de Caaguazú y Alto Paraná

De esa cuenta se decidió visitar ambos departamentos con el fin de constatar las actividades que se desarrollan alrededor del subprograma, el control del vector, la forma de operar de la red de voluntarios con las que cuenta el programa y, de ser factible (aunque prácticamente no se encuentran casos en los últimos meses, visitar y hablar con algunos enfermos).

En ambos lugares se realizaron entrevistas con los encargados del Programa y con el personal operativo; se entrevistó personal sanitario relacionado con el manejo epidemiológico. Se constataron estadísticas; pero por dificultades con fuertes lluvias en los días de visita de campo no fue posible entrevistar a las autoridades locales y a un grupo de personas de la red de voluntarios: por lo que hay necesidad de reprogramar una nueva visita.

Leishmaniosis:

En Paraguay la Leishmaniosis existe en dos formas: la Leishmaniosis tegumentaria americana (LTA) y la Leishmaniosis visceral americana (LVA).

En lo que va del año 2011 se registraron 114 casos de LVA, de los cuales el 90 % provienen de los departamentos Central, Paraguarí, Cordillera y Asunción.

Los distritos que más reportaron casos en el departamento Central son: Luque, Limpio, Capiatá, Areguá, Lambaré y San Lorenzo. El fenómeno de aumento de los casos de LVA en forma notoria, probablemente se deba a una combinación de la expansión de la enfermedad con una detección creciente de la misma.

La proporción de la prevalencia reservorios caninos con LVA es superior al 30 % en estudios serológicos efectuados en encuestas durante las intervenciones realizadas ante la aparición de casos humanos.

A diferencia de la Leishmaniosis Visceral Aguda, la Leishmaniosis Tegumentaria ha tenido una disminución, en relación al número de casos registrados. De los más de 1.000 casos registrados en los años 2002 y 2003, han disminuido a niveles inferiores a 300 casos/año, en el año 2011. En el año 2011, se tienen registrados 185 casos de Leishmaniosis tegumentaria (LT), de los cuales 103 (56 %) corresponden a Leishmaniosis cutánea (LC) y 82 (44 %) son casos de Leishmaniosis mucocutánea (LM)

Los departamentos de Canindeyú (39), San Pedro (36), Concepción (33), Caaguazú (23) y Alto Paraná (13) son los que concentran más de los 3/4 de todos los casos registrados, confirmando con estos datos que las áreas geográficas de prioridad en cuanto a control se debe mantener en estos departamentos.

De esa cuenta, para el caso del estudio sobre LVA se tomaron los departamentos Central, Paraguarí y Cordillera para el estudio y para la realización del muestreo estratificado.

Para el caso de LTA se tomaron los departamentos de Concepción y Caaguazú para el muestreo estratificado.

Además de entrevistar a los encargados de programas, personal operativo, personal sanitario relacionado con el manejo de casos, autoridades locales, miembros de familias, etc. Se decidió visitar una de las compañías en donde se había dado un brote epidémico y realizar un proceso de observación participante y de entrevistas a pacientes que estaban bajo observación y/o en tratamiento, es el caso del Asentamiento Paz y Alegría en el Departamento de Concepción.

Chagas

El Programa de Chagas se implementa más hacia los departamentos del Chaco (Presidente Hayes, Boquerón y Alto Paraguay), así como Concepción, Cordillera y Paraguarí, por razones de ser zonas endémicas, en donde habita la Vinchuca que es el agente transmisor de la enfermedad.

Se seleccionaron un 50% de los departamentos en los que se implementa el Programa. Los departamentos seleccionados fueron: Paraguarí, Cordillera y Boquerón.

En los tres departamentos mencionados se realizaron entrevistas con los encargados del Programa y con el personal operativo; se entrevistó personal sanitario relacionado con el manejo de casos; ante la dificultad de contactar con los enfermos; se revisaron fichas de pacientes; Se constataron estadísticas y se visitaron hogares en los cuales se habían hecho intervenciones de control de vector.

1. Instrumentos, técnicas y fuentes

ASPECTOS A VALORAR		INSTRU. Y TÉCNICAS	FUENTE DE INFORMACIÓN
Análisis social o marco	Ubicación y dinámica de funcionamiento de cada uno de los Programas puestos en marcha por SENEPA durante el período Programático.	• Entrevistas semi/estructuradas	• Funcionarios del nivel técnico y directivo de SENEPA
	Las características estructurales de SENEPA (organigrama), sus metas y objetivos.	• Entrevistas semi/estructuradas	• Funcionarios del nivel técnico y directivo de SENEPA
	La ubicación del cada uno de los Programas dentro del Plan Estratégico Institucional y dentro del Período Programático.	• Entrevistas semi/estructuradas	• Funcionarios del nivel técnico y directivo de SENEPA
	Marco legal e institucional para lograr la Misión, la Visión y componentes de trabajo de la matriz de marco lógico de la institución.	• Entrevistas semi/estructuradas	• Funcionarios del nivel técnico y directivo de SENEPA
Análisis institucional	Características del Recurso Humano responsable de implementar los Programas (capacidades técnicas, políticas y administrativas, especialidades, rotación y permanencia en el cargo, etc.).	• Entrevistas semi/estructuradas	• Funcionarios del nivel técnico y directivo de SENEPA
	Estrategias para la definición de las líneas de acción a implementar (diagnósticos, definición de indicadores, supuestos de intervención, Plan de acción y disponibilidad de recursos y presupuesto, monitoreo y evaluación de proceso e impacto de las acciones realizadas, etc.).	• Entrevistas semi/estructuradas	• Funcionarios del nivel técnico y directivo de SENEPA
Análisis de la participación de las partes interesadas	La (s) estrategia(s) desarrolladas para lograr la de participación de las partes interesadas (acuerdos, convenios, abogacía, etc.).	• Entrevistas semi/estructuradas	• Funcionarios del nivel técnico y directivo de SENEPA • Personal de otras instituciones • Usuarios de los servicios
	Los criterios definidos y utilizados para establecer vínculos inter/institucionales (criterios de intervención y procesos utilizados con las partes interesadas).	• Entrevistas semi/estructuradas	• Funcionarios del nivel técnico y directivo de SENEPA • Personal de otras instituciones • Usuarios de los servicios
	Proceso de identificación de las partes interesadas y/o afectadas en la implementación de los Programas.	• Entrevistas semi/estructuradas	• Funcionarios del nivel técnico y directivo de SENEPA • Personal de otras instituciones • Usuarios de los servicios
	El conocimiento y la evaluación de la influencia e importancia de las partes interesadas	• Entrevistas semi/estructuradas	• Funcionarios del nivel técnico y directivo de SENEPA • Personal de otras instituciones • Usuarios de los servicios

ASPECTOS A VALORAR	INSTRU. Y TÉCNICAS	FUENTE DE INFORMACIÓN
Análisis de lecciones aprendidas en el proceso de implementación del Plan	Medidas y disposiciones institucionales apoyaron el desarrollo de las actividades puestas en marcha por los Programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas semi/estructuradas <ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios del nivel técnico y directivo de SENEPA
	Medidas y disposiciones institucionales que se llevaron a cabo para monitorear el desarrollo de los Programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas semi/estructuradas <ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios del nivel técnico y directivo de SENEPA
	Medidas desarrolladas para abordar e incorporar cambios que pudieron surgir durante la implementación de los Programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas semi/estructuradas <ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios del nivel técnico y directivo de SENEPA
	Principales logros obtenidos en el proceso de implementación de los Programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas semi/estructuradas <ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios del nivel técnico y directivo de SENEPA
	Acciones para garantizar la capacidad para sostener las Estrategias de los Programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas semi/estructuradas <ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios del nivel técnico y directivo de SENEPA
	Medidas y disposiciones institucionales que se llevaron a cabo para evaluar los resultados de los componentes y líneas de acción de los Programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas semi/estructuradas <ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios del nivel técnico y directivo de SENEPA

5. Actividades Generales a ser desarrolladas por el equipo de evaluación

- Coordinar las actividades previstas para la realización de la evaluación con los Responsables Técnicos y la Coordinación del Proyecto, quienes serán responsables de dar seguimiento a los términos de referencia de cada evaluador y del Panel, respectivamente;
- Reportar el desarrollo de actividades a los Responsables Técnicos y a la Coordinación del Proyecto, manteniendo una comunicación fluida con los mismos;
- Participar de las reuniones de trabajo con los Responsables Técnicos, para realizar los ajustes necesarios recomendados y coordinar la comunicación y vinculación con los EQUIPOS DE LA INSTITUCIÓN/PROGRAMA EVALUADO;
- Participar del TALLER DE CAPACITACIÓN/ENTRENAMIENTO sobre alcances y metodología de la evaluación, a ser desarrollado por los Responsables Técnicos;
- Realizar presentación de informes de avances, final preliminar e informe final a las Instituciones cuyos Programas han sido evaluados, con presencia de los equipos de trabajo y autoridades respectivas.
- Participar de las reuniones de presentación de resultados al Congreso Nacional, según lo requiera el Ministerio de Hacienda.

5.1 Actividades Específicas a ser desarrolladas por el equipo de evaluación

- Presentación y elaboración del plan operativo, a ser validado con los Responsables Técnicos;
- Diseño de los instrumentos;
- Validación de los instrumentos;
- Entrevista a directivos/as y/o técnicos/as del programa, “**CONTROL Y VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (SENEPA)**” y beneficiarios;
- Visitas de campo a los lugares de intervención del programa¹²⁵;
- Aplicación de Instrumentos;
- Recopilación de datos;
- Análisis de los datos;
- Presentación de Informes, a ser entregado a los RESPONSABLES TÉCNICOS, según procedimiento que se detalla y las especificaciones del ANEXO 3;

6. Plazos de Reportes/informes y devolución de comentarios

- Presentación de Informe Inicial de Situación: 13 de febrero 2012.
- Presentación de Informe de Avance: 15 de marzo de 2012.
- Devolución con comentarios: 27 de marzo de 2012.
- Presentación de Informe Final Preliminar: 04 de mayo de 2012.
- Devolución con comentarios: 16 de mayo de 2012
- Presentación de Informe Final: 31 de mayo de 2012.
- Devolución con comentarios: 13 de junio de 2012
- Presentación Final del Informe, incluido observaciones y/o comentarios de Responsables Técnicos: 25 de junio de 2012.

7. Cronograma de la investigación

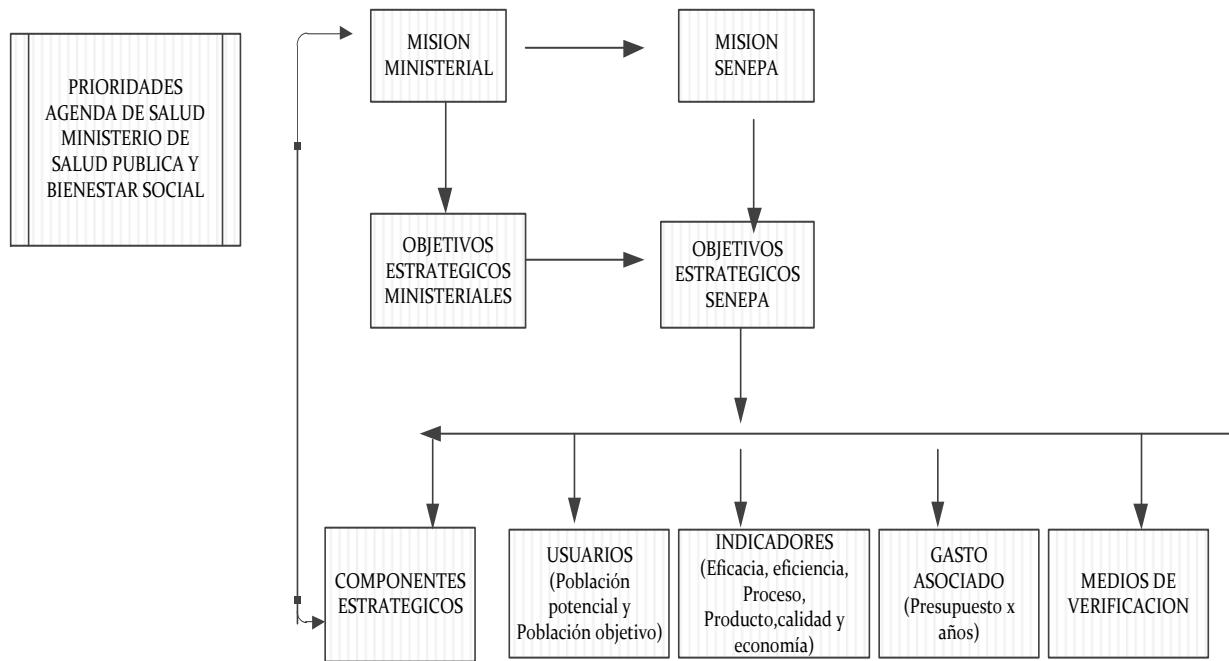
La siguiente tabla sistematiza las actividades para la evaluación y el tiempo estimado para su realización. 5 meses y medio.

¹²⁵ Los gastos de traslado dentro del territorio nacional, que realice el Panel Evaluador para la realización de la evaluación, será financiado enteramente por el Panel, entendiéndose como gastos: pasaje, alimentación, hospedaje, peajes, etc.

Actividad	Tiempo Estimado	Producto Esperado
Proceso de Selección y contratación del equipo	2-3 semanas de Enero	Contratación Equipo de Evaluación.
Presentación a autoridades de SENEPA y taller de capacitación	4 Semana de Enero	Establecer contactos y relaciones de trabajo
Lectura de documentos y libros relacionados con los Programas de SENEPA.	1 Semana de Febrero	Mayor conocimiento del objeto de estudio, sus alcances, problemas encontrados.
Construcción de Diseño y Plan de Evaluación.	1 Semana febrero.	Plan de Evaluación
Elaboración y validación de instrumentos.	1-2 Semana de Febrero	Instrumentos elaborados
		Presentación de informe inicial de situación (13 de febrero)
Entrevistas individuales con autoridades de SENEPA.	2-3 Semana de Febrero.	Recolección de datos de primera fuente.
Visitas de Campo	3-4 semana de febrero; 1-3 Semanas de Marzo	Trabajo de campo. Visitas a Regiones Sanitarias. Presentación de Informe de Avance (15 de marzo)
Procesamiento de datos.	4 ^a . Semana de Marzo y Mes de abril 4	Análisis de los insumos de la evaluación y elaboración de primer borrador.
Presentación del informe final preliminar (primer borrador) y consideraciones de ambas partes. Correcciones	4 de mayo 2012	Sugerencias y correcciones. Socializar los resultados de la investigación a manera de permitir comentarios, observaciones y recomendaciones de las partes interesadas
Presentación del informe final con Correcciones	31 de mayo 2012	Informe final con correcciones
Presentación del informe final	25 de junio 2012	Informe Final

8. Matriz de Evaluación SENEPA

MATRIZ DE EVALUACION el Programa *Control y Vigilancia de Enfermedades Trasmitidas por Vectores* es el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo – SENEPA



Anexo 3

CRONOGRAMA DE VIAJES DE CAMPO

Fecha	Lugar de Visita	Actividad
Lunes 27 de febrero 2012	Paraguarí y Yaguarón	Control de Chagas. Embarazadas.Visita a Rep. Zona-Hospitales-Region Sanitaria.
Martes 28 de febrero 2012	Encarnación	Control de Esquistosomiasis (programa-Sitios Centinela-Región). Control de Dengue. Programa-Región-Municipalidad.
Miércoles 29 de febrero 2012; jueves 1º y Viernes 2 De marzo	Ciudad del Este	Control de Esquistosomiasis (programa-Sitios Centinela-Región) Control de Dengue. Programa-Región-Municipalidad-Gobernación-Hospital Control de Malaria. Programa-Región-Municipalidad-Gobernación-Hospital- Control de Leishmaniosis. Programa-Región-Municipalidad-Gobernación-Hospital-

Fecha	Lugar de Visita	Actividad
Lunes 5 y Martes 6 de marzo 2012	Filadelfia	Control de Chagas. Embarazadas.Visita a Rep. Zona-Hospitales-Region Sanitaria. Control de Dengue. Programa-Región-Municipalidad.
Miércoles 7 y Jueves 8 de marzo 2012	Concepción Horqueta y Asentamiento Paz y Alegría.	Control de Dengue. Programa-Región-Municipalidad-Gobernación-Hospital Control de Leishmaniosis. Región-Municipalidad-Gobernación-Hospital Control de Chagas. Municipalidad-Gobernación-Hospital- Control de Malaria. Municipalidad-Gobernación-Hospital-

Fecha	Lugar de Visita	Actividad
Lunes 19 y Martes 20 de marzo 2012	Cordillera (Caacupé-Altos)	<p>Control de Chagas.</p> <p>Embarazadas.Visita a Rep. Zona-Hospitales-Region Sanitaria.</p> <p>Control de Dengue. Programa-Región-Municipalidad.</p> <p>Control de Leishmaniosis. Región-Municipalidad-Gobernación-Hospital</p>
Lunes 26 de marzo 2012	Coronel Oviedo	<p>Control de Chagas.</p> <p>Embarazadas.Visita a Rep. Zona-Hospitales-Region Sanitaria.</p> <p>Control de Dengue. Programa-Región-Municipalidad.</p> <p>Control de Leishmaniosis. Región-Municipalidad-Gobernación-Hospital</p>

Anexo 4**LISTADO DE PERSONAS ENTREVISTADAS**

1	Lic. María Elizabeth Ferreira	Asuncion	Autoridad de SENEPA	27- Ene-12
2	Lic. Martha Rossana Torales	Asuncion	Autoridad de SENEPA	27- Ene-12
3	Lic. Nidia Martínez	Asuncion	Autoridad de SENEPA	08-feb-12
4	Dra. Beatriz Espínola	Asuncion	Autoridad de SENEPA	08-feb-12
5	Lic. Liliana Soledad Ayala	Asuncion	Autoridad de SENEPA	08-feb-12
6	Dra. Cesia de Feltes	Asuncion	Autoridad de SENEPA	16-feb-12
7	Dr. Domingo Maciel	Asuncion	Autoridad de SENEPA	16-feb-12
8	Lic.Sara Constantini	Asuncion	Autoridad de SENEPA	16-feb-12
9	Sr. Carlos Adrián Guido	Asuncion	Autoridad de SENEPA	16-feb-12
10	Lic Leticia Mariel Roa	Asuncion	Autoridad de SENEPA	16-feb-12
11	Lic. Carlos Ramírez	Asuncion	Autoridad de SENEPA	13-feb-12
12	Dr.Julio César Manzur	Asuncion	Autoridad de SENEPA	15-feb-12
13	Sr. Lucio Carlos Benítez	Asuncion	Autoridad de SENEPA	15-feb-12
14	Lic. Liz Paola Ruiz Díaz	Asuncion	Autoridad de SENEPA	15-feb-12
15	Lic. Cinthya Viveros	Asuncion	Autoridad de SENEPA	15-feb-12
16	Sr. Diego Gomez	Asuncion	Autoridad de SENEPA	15-feb-12
17	Lic.Lourdes Carolina Segovia	Asuncion	Autoridad de SENEPA	16-feb-12
18	Dr.Andrés Canese	Asuncion	Autoridad de SENEPA	16-feb-12
19	Lic. Soledad Vásquez	Asuncion	Autoridad de SENEPA	15-feb-12
20	Lic. Isabel Troche	Asuncion	Autoridad de SENEPA	17-feb-12
21	Sr. Miguel Angel Cibils	Asuncion	Autoridad de SENEPA	22-feb-12

22	Lic. Bertha Paredes	Asuncion	Autoridad de SENEPA	08-feb-12
23	Lic. Lourdes Felipa Zárate	Asuncion	Autoridad de SENEPA	28-feb-12
24	Dr. Walter Caballero	Yaguarón	Médico autoridad local	27-feb-12
25	Lic. Ruth Fretes	Yaguarón	Personal de Enfermería	27-feb-12
26	Lic. María Sánchez	Yaguarón	Personal de Enfermería	27-feb-12
27	Lic. Hilda Cantero	Yaguarón	Personal de Enfermería	27-feb-12
28	Lic. Raúl Barchelo	Paraguarí	Jefe de Zona SENEPA	27-feb-12
29	Sr. Guillermo León	Paraguarí	Autoridad de SENEPA	27-feb-12
30	Sr. Carlos Britez	Paraguarí	Asistente de Jefe de Zona SENEPA	27-feb-12
31	Sr. Oswaldo Caballero	Paraguarí	Auxiliar Administrativo SENEPA	27-feb-12
32	Sra. Stella Maris Bonin	Paraguarí	Miembro operativo de SENEPA	27-feb-12
33	Sr. Rafael Cáceres	Paraguarí	Auxiliar de Evaluacion SENEPA	27-feb-12
34	Sra. María Rufina Delgado	Paraguarí	Miembro de la comunidad	27-feb-12
35	Lic. Elodia Wichocolan	Paraguarí	Autoridad regional de Salud	27-feb-12
36	Dra. Raquel Fernández	Paraguarí	Director(a) Región Sanitaria	27-feb-12
37	Dra. Claudia Suárez	Paraguarí	Autoridad regional de Salud	27-feb-12
38	Dra. María Isabel Rovira	Paraguarí	Laboratorio Regional	27-feb-12
39	Dr. Adalberto Molas Gómez	Paraguarí	Medico Privado	27-feb-12
40	Sr. Osorio	Paraguarí	Pacientes	27-feb-12
41	Abuela Isabel Estigarribia	Paraguarí	Familiar de Paciente	27-feb-12
42	José Luis Alvarez	Paraguarí	Pacientes	27-feb-12
43	Sr. Asterio Martínez	Encarnación	Jefe de Zona SENEPA	28-feb-12
44	Sr. Alfredo Guido	Encarnación	Autoridad de SENEPA	28-feb-12
45	Sra. Noemi de Guido	Encarnación	Laboratorista de SENEPA	28-feb-12

46	Sr. Delfin López	Encarnación	Entomólogo SENEPA	28-feb-12
47	Sr. Arnaldo Javier Ortiz	Encarnación	Técnico Entomólogo senepa	28-feb-12
48	Sr. Edgar Ariel Szott	Encarnación	Miembro operativo de SENEPA	28-feb-12
49	Sr. Ramón Rotella	Encarnación	Encargado de Suministros SENEPA	28-feb-12
50	Dr. José Rolón Pose	Encarnación	Director(a) Región Sanitaria	28-feb-12
51	Sr. Amado Villalba	Presidente Franco	Jefe de Zona SENEPA	29-feb-12
52	Sr. Cándido Villalba	Presidente Franco	Encargado zonal de Sub-programa SENEPA	29-feb-12
53	Sr. Pedro Mereles	Presidente Franco	Encargado zonal de Sub-programa SENEPA	29-feb-12
54	Sr. Adolfo Olmedo	Presidente Franco	Miembro operativo de SENEPA	29-feb-12
55	Sr. Ramón Pereira	Presidente Franco	Encargado zonal de Sub-programa SENEPA	29-feb-12
56	Sr. Wilfrido Aguinagalde	Presidente Franco	Técnico Malacólogo SENEPA	29-feb-12
57	Sr. Adolfo Araujo	Presidente Franco	Técnico Malacólogo SENEPA	29-feb-12
58	Lic. Stella Cabrera	Presidente Franco	Laboratorista de SENEPA	29-feb-12
59	Lic. Reynaldo Irepa	Presidente Franco	Miembro del equipo de la municipalidad	01-mar-12
60	Sr. Venancio Pavón	Presidente Franco	Miembro del equipo de la municipalidad	01-mar-12
61	Sra. Sonia Vargas	Ciudad del Este	Miembro del equipo de la municipalidad	01-mar-12

62	Lic Mirta González	Ciudad del Este	Autoridad municipal o gubernamental	29-feb-12
63	Dr. Miguel Angel Castagnino	Asuncion	Control de Zoonosis	02-mar-12
64	Sr. Sindulfo Gimenez Bogarín	Asuncion	Autoridad municipal o gubernamental	23-feb-12
65	Sr. Rubén Antonio Maidana	Asuncion	Autoridad municipal o gubernamental	23-feb-12
66	Dr. Eduardo Klassen	Filadelfia	Médico Privado	05-mar-12
67	Dr. Ricardo Wins	Filadelfia	Médico Privado	05-mar-12
68	Lic. Ademar Welder	Filadelfia	Autoridad municipal o gubernamental	05-mar-12
69	Dr. Livio Janz	Filadelfia	Médico Privado	05-mar-12
70	Dr. Martinez	Villa Chofres, Fidaldelfia	Médico autoridad local	05-mar-12
71	Lic. Christian Davalos	Villa Chofres, Fidaldelfia	Licenciado en Obstetricia	05-mar-12
72	Dra. Mabel Matto	Villa Chofres, Fidaldelfia	Laboratorista Hospital	05-mar-12
73	Dr. Delver Huebert	Neuland	Médico Privado	05-mar-12
74	Dr. López	Neuland	Médico Privado	05-mar-12
75	Dr. Heiz Bartel	Neuland	Médico Privado	05-mar-12
76	Lic. Hugo Paredes	Mariscal Estigarribia	Epidemiólogo Regional	05-mar-12
77	Dr. Silvio Ortega	Mariscal Estigarribia	Director(a) Región Sanitaria	05-mar-12
78	Dra. Miriam de León	Mariscal Estigarribia	Coordinadora ONG	05-mar-12

79	Lic. Gualberto Cataldo	Concepción	Jefe de Zona SENEPA	06-mar-12
80	Sr. Amado Herrera	Concepción	Miembro operativo de SENEPA	06-mar-12
81	Sr. Romualdo Portillo	Concepción	Miembro operativo de SENEPA	06-mar-12
82	Lic. Blanco Ramón Almeida	Concepción	Coordinadora USF local	06-mar-12
83	Sr. Francisco Samuel Godoy	Asentamiento Paz y Alegría	Pacientes	06-mar-12
84	Basilisio Pedrozo	Asentamiento Paz y Alegría	Pacientes	06-mar-12
85	Marciana Flores de Pedrozo	Asentamiento Paz y Alegría	Familiar de Paciente	06-mar-12
86	Venancio Flores	Asentamiento Paz y Alegría	Pacientes	06-mar-12
87	Liz Paola Nuñez	Asentamiento Paz y Alegría	Pacientes	06-mar-12
88	Omar David Nuñez	Asentamiento Paz y Alegría	Pacientes	06-mar-12
89	Amado Narciso Nuñez	Asentamiento Paz y Alegría	Pacientes	06-mar-12
90	Juan Angel Nuñez	Asentamiento Paz y Alegría	Pacientes	06-mar-12
91	Andrés Nuñez	Asentamiento Paz y Alegría	Pacientes	06-mar-12
92	Nelson Sánchez	Asentamiento Paz y Alegría	Miembro Red Voluntarios SENEPA	06-mar-12
93	Agustín Chávez Cabrera	Asentamiento Paz y Alegría	Pacientes	06-mar-12
94	Lorenzo Javier Chávez	Asentamiento Paz y Alegría	Pacientes	06-mar-12

95	José Agustín Chavez	Asentamiento Paz y Alegría	Pacientes	06-mar-12
96	Dr. Milciades Sánchez	Concepción	Director(a) Región Sanitaria	05-mar-12
97	Dr. Rangel García	Concepción	Coordinador Regional USF	06-mar-12
98	Sr. Hugo Barrios	Horqueta	Jefe de Sector Senepa	06-mar-12
99	Sr. Blas León	Caacupé	Jefe de Sector Senepa	19-mar-12
100	Sr. Pablo Cáceres	Caacupé	Auxiliar de Evaluacion SENEPA	19-mar-12
101	Sra. Adeliada Benegas	Mompox, Tobati	Auxiliar Enfermería USF	19-mar-12
102	Lic. Cristina Olmedo	Mompox, Tobati	Auxiliar Enfermería USF	19-mar-12
103	Sra. Miguela Cáceres	Mompox, Tobati	Miembro de la comunidad	19-mar-12
104	Sr. Luciana Ortiz	Mompox, Tobati	Miembro de la comunidad	19-mar-12
105	Sr. Emiliano Martínez	Mompox, Tobati	Miembro de la comunidad	19-mar-12
106	Sra. Melisa Grijalva	Altos, Cordillera	Laboratorista Hospital	19-mar-12
107	Idalina Rodriguez	Altos, Cordillera	Personal de Enfermería Hospital Distrital	19-mar-12
108	Roberto Meza	Altos, Cordillera	Pacientes	19-mar-12
109	Sra. Susana Aguilera de Meza	Altos, Cordillera	Familiar de Paciente	19-mar-12
110	Dra. Aracely Ojeda	Cordillera, Tucangua Cordillera	Coordinadora USF local	19-mar-12

111	Dr. Rolfer Gómez	Caacupé	Director(a) Región Sanitaria	20-mar-12
112	Lic. Bienvenida Maldonado	Caacupé	Encargada Regional de Programas	20-mar-12
113	Dra. Miriam Ferreira	Caacupé	Laboratorista Hospital	20-mar-12
114	Dr. Christian Yegros	Caacupé	Coordinador Regional USF	20-mar-12
115	Sra. Ana Ortiz	Caacupé	Epidemiólogo Regional	20-mar-12
116	Dr. Guido Miguel Salcedo	Caacupé	Director Hospital Regional	20-mar-12
117	Enf. Vilma Gray	Caacupé	Laboratorista Hospital	20-mar-12
118	Lic. Sonia Sanabria	Caacupé	Laboratorista Hospital	20-mar-12
119	Lic. Anastasio Bobadilla	Caacupé	Autoridad municipal o gubernamental	20-mar-12
120	Lic. Roberto Ortega	Caacupé	Autoridad municipal o gubernamental	20-mar-12
121	Lic. Katrina de Bogado	Caacupé	Autoridad municipal o gubernamental	20-mar-12
122	Lic Monica Villalba	Caacupé	Autoridad municipal o gubernamental	20-mar-12
123	Dra. Mónica Ramirez	Coronel Oviedo	Epidemiólogo Regional	26-mar-12
124	Sr. Agustín Vargas	Coronel Oviedo	Jefe de Zona SENEPA	26-mar-12
125	Sr. Denis Acosta	Coronel Oviedo	Laboratorista de SENEPA	26-mar-12
126	Sr. Carlos Rolón	Coronel Oviedo	Encargado de Suministros SENEPA	26-mar-12
127	Sr. Santiago Solaeché	Coronel Oviedo	Jefe de Sector Senepa	26-mar-12
128	Sr. Isidoro Mendieta Cáceres	Caaguzú	Jefe de Sector Senepa	26-mar-12

129	Sra. Miguelina Benitez	Caaguzú	Miembro Red Voluntarios SENEPA	26-mar-12
130	Dr. Carlos Cuevas	Caaguzú	Director de Hospital Distrital	26-mar-12
131	Sr. Francisco Morínigo	Caaguzú	Pacientes	26-mar-12
132	Aurelia Ferreria	Caaguzú	Pacientes	26-mar-12
133	Enf. Gloria Espínola	Caaguzú	Personal de Enfermería Hospital Distrital	19-mar-12

Anexo 5**CUESTIONARIOS**

CUESTIONARIO AUTORIDADES SENEPA

EVALUACIÓN A PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

Ministerio de Hacienda

EVALUACION DEL SUBPROGRAMA

“Control y Vigilancia de Enfermedades Trasmitidas por Vectores (SENEPA)”

del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS).

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA Y LA PERSONA ENTREVISTADA

1. Entrevista número: _____ 2. Fecha de la entrevista: _____

3. Responsable de la entrevista: _____ 4. Lugar: _____

5. Nombre del Distrito: _____ 6. Departamento: _____

7. Nombre completo de el/la entrevistado/a: _____

8. Sexo: 1. M 2. F 9. Edad: _____ 10. Profesión y/o capacidad técnica: _____

11. Cargo que ocupa: _____ 12. Tiempo que trabaja en la institución: _____

13. Es responsable de algún otro programa o actividad en la Institución? 1. SI 2. NO

14. Si desarrolla otra actividad, CUÁL:

Sí

2. No

A. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	
	¿La denominación correcta es Programa o Sub Programa “Control y Vigilancia de Enfermedades Trasmitidas por Vectores?
	¿Es el Organigrama que se publica en la Página WEB el adecuado?
	¿Cuáles son las Direcciones y/o Programas que trabajan con ustedes dentro del Ministerio de Salud, internamente?
	¿Cómo se operativiza estos trabajos y/o Convenios?
	REGIONES SANITARIAS

	SERVICIOS DE SALUD
	¿De las instituciones citadas con las que trabaja el Programa, con qué Direcciones y/o Programas trabaja?
	MUNICIPALIDAD
	GOBERNACIONES
	POLICÍA
	FISCALÍA
B. OBJETIVOS DEL PROGRAMA A NIVEL DE FIN Y PROPÓSITO	
De los Objetivos encontrados así como las metas y propósitos no se explicitan un cambio en situaciones de desigualdad de género, esto es así como se expresa en los documentos entregados o en la práctica se realiza de alguna otra forma?	
C. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	
Existe un análisis de cómo afecta el problema a las actividades productivas y reproductivas de hombres y mujeres	
Cuáles son los factores de Influencia asociados a este problema que impiden y/o posibilitan el empoderamiento de las mujeres?	
Cuáles son los perfiles de las actividades económicas de mujeres y hombres?	
Se han identificado las motivaciones de las mujeres que desarrollan actividades productivas y/o de las que tienen interés en comenzar una actividad productiva	
Consultoría para la elaboración de un Manual de roles y funciones, hay un producto	

	<p>Usan los datos Datos estadísticos de cobertura, etc.</p> <p>Cuál es la percepción del equipo directivo respecto al Programa?</p>
	<p>Si se presentan estadísticas relativas al problema a evaluar, ¿La información se encuentra desagregada por sexo?</p> <p>Cuál de los Programas es el que funciona bien</p>
	Cuál de los Programas debe ser mejorado
	Cuáles son los elementos de la coordinación que son positivos
	Cuáles son los elementos de la coordinación que son positivos
	Cuentan con suficientes recursos para llevar a cabo las tareas
2	Señale, al menos tres tareas a su cargo para cumplir con su trabajo como Directora Técnica
C. IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS Y MONITOREO DE LOS MISMOS	
	Experiencias: EGI Dengue que ellos consideren que se debe mirar, y/o si hay experiencias parecidas en otros Programas
	En qué lugares tienen mayor o/y menor cantidad de personal
	Lugares que sería importante visitar.
	Diferencia entre Centros de Denuncia y Puestos de Notificación.
	Cómo son monitoreados los líderes y/o instituciones que aplican el Programa?

CUESTIONARIO SOBRE CUESTIONES
ESTADISTICAS Y MONITOREO (RESPONSAB LE GESTION DATOS)
EVALUACIÓN A PROGRAMAS GUBERNAMENTALES
Ministerio de Hacienda
EVALUACION DEL SUBPROGRAMA
“Control y Vigilancia de Enfermedades Trasmitidas por Vectores (SENEPA)”
del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS).

**A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA
Y LA PERSONA ENTREVISTADA**

1. Entrevista número: _____ 2. Fecha de la entrevista: _____
3. Responsable de la entrevista: _____ 4. Lugar: _____
5. Nombre del Distrito: _____ 6. Departamento: _____
7. Nombre completo de el/la entrevistado/a: _____
8. Sexo: 1. M 2. F 9. Edad: _____ 10. Profesión y/o capacidad técnica: _____
11. Cargo que ocupa: _____ 12. Tiempo que trabaja en la institución _____

13. Es responsable de algún otro programa o actividad en la Institución? 1.
Sí 2 . NO

14. Si desarrolla otra actividad, CUÁL:

Sí 2. No

Acciones de Monitoreo y Evaluación	
1	Realizan los programas acciones de Monitoreo 1. Sí 2 . NO
1.1	Si su respuesta fue Sí, tienen todos los programas un sistema de monitoreo?, quien monitorea?, con qué frecuencia y finalidad?. Los resultados del Monitoreo son sistematizados en algún documento?
1.2	Si realizan acciones de Monitoreo?, Disponen de línea de base? 1. Sí 2 . NO
1.3	Disponen todos los programas de Línea de Base? 1. Sí 2 . NO Cuáles programas NO disponen de línea de base?
1.4	Disponen de un Plan de Monitoreo Y Evaluación Institucional y/ por programas? 1. Sí 2 . NO

1.5	<p>Si disponen de un Plan de Monitoreo y Evaluación , las metas y objetivo del mismo</p> <p>... están en línea con las metas y objetivos de cada uno de los programas?</p> <p>1. SI 2 . NO</p> <p>... tienen un plazo para su logro o cumplimiento?</p> <p>1. SI 2 . NO</p> <p>... Son medibles (disponen de indicadores).</p> <p>1. SI 2 . NO</p>
1.6	<p>Los indicadores del Plan de M&E</p> <p>a. Están vinculados claramente a los objetivos de los programas institucionales? 1. SI 2 . NO</p> <p>b. Existen indicadores que evalúan la tendencia de las enfermedades (prevención, Incidencia, mortalidad)</p> <p>1. SI 2 . NO</p> <p>c. Existen indicadores que evalúan el cambio de comportamiento?</p> <p>1. SI 2 . NO</p> <p>d. Todos los indicadores disponen de definiciones documentadas?</p> <p>1. SI 2 . NO</p> <p>e. Todos los indicadores que evalúan la provisión de servicios y productos disponen de denominadores para estimar la cobertura de las poblaciones objetivo?</p> <p>1. SI 2 . NO</p> <p>f. Los denominadores pueden desglosarse por</p> <p>Sexo</p> <p>Edad</p> <p>Área de Acción</p> <p>Grupo étnico</p> <p>g. Los indicadores se derivan de directrices indicador internacional?</p> <p>1. SI 2 . NO</p>
	<p>Cuál es la fuente de datos con las que se realiza el Monitoreo de los Programas?</p> <p>Existen datos para controlar:</p> <p>a. La calidad de la capacitación ofrecida por los programas?</p> <p>1. SI 2 . NO</p> <p>b. La calidad de los servicios prestados por los programas?</p>

	<p>1. SI 2 . NO</p> <p>c. La adherencia a los tratamientos administrados por los programas quedan tratamiento?</p> <p>1. SI 2 . NO</p> <p>d. Existe una política escrita que señala claramente el tiempo que deben guardarse los documentos de respaldo de los datos? (registros, planillas, ect.)</p> <p>1. SI 2 . NO</p>
1.7	<p>Los informes M&E relacionados con las actividades del Programa/ Proyecto(s) se pondrán a disposición pública?</p> <p>1. SI 2 . NO</p> <p>Existe un presupuesto claro vinculado a los Planes M&E de Programa/Proyecto(s)?</p> <p>1. SI 2 . NO</p>
2	<p>Se han realizado evaluaciones a alguno de los programas en los últimos cuatro años?</p> <p>1. SI 2. NO</p>
2.1	<p>Si su respuesta fue Sí, indicar cuáles programas fueron evaluados, cuándo, por quién, el tipo y propósito de la evaluación.</p>
3	<p>Acciones de planificación</p>
3.1	<p>Disponen los Programas de Planes para la realización de actividades de Capacitación:</p> <p>1. SI 2 . NO</p> <p>Prevención:</p> <p>1. SI 2 . NO</p> <p>Comunicación:</p> <p>1. SI 2 . NO</p> <p>Vigilancia:</p> <p>1. SI 2 . NO</p>
3.2	<p>Disponen los Programas de Manual de Normas técnicas u otro material similar?</p> <p>1. SI 2 . NO</p>
3.3	<p>Si su respuesta fue Sí, Disponen TODOS los programas de dicho Manual?</p> <p>1. SI 2 . NO</p>
	<p>Qué Programas NO disponen de Manual de Normas Técnicas?</p>

4	Acciones de Capacitación
4.1	<p>Realizan todos los programas acciones de capacitación?</p> <p>1. SI 2 . NO</p> <p>A quienes capacitan?</p> <p>Disponen de planes de capacitación orientados al logro de las habilidades y capacidades que se espera desarrollar?</p> <p>1. SI 2 . NO</p>
5	<p>Acciones de promoción</p> <p>Realizan todos los programas acciones de Promoción?</p> <p>1. SI 2 . NO</p> <p>A quienes van dirigidas las acciones de Promoción?</p> <p>Disponen de planes de promoción orientados al logro de los cambios de conducta esperados en la población?</p> <p>1. SI 2 . NO</p>
	<p>Acciones de Comunicación</p> <p>Realizan todos los programas acciones de Comunicación?</p> <p>1. SI 2 . NO</p> <p>A quienes van dirigidas las acciones de Comunicación?</p> <p>Disponen de planes de comunicación?</p> <p>1. SI 2 . NO</p> <p>Monitorean las acciones de comunicación? ?</p> <p>1. SI 2 . NO</p>

CUESTIONARIO VISITAS DE CAMPO (JEFES DE ZONA Y AUTORIDADES LOCALES)**EVALUACIÓN A PROGRAMAS GUBERNAMENTALES**

Ministerio de Hacienda

EVALUACION DEL SUBPROGRAMA

“Control y Vigilancia de Enfermedades Trasmitidas por Vectores (SENEPA)”

del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS).

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA Y LA PERSONA ENTREVISTADA

1. Entrevista número: _____ 2. Fecha de la entrevista: _____

3. Responsable de la entrevista: _____ 4. Lugar: _____

5. Nombre del Distrito: _____ 6. Departamento: _____

7. Nombre completo de el/la entrevistado/a: _____

8. Sexo: 1. M 2. F 9. Edad: _____ 10. Profesión y/o capacidad técnica: _____

11. Cargo que ocupa: _____ 12. Tiempo que trabaja en la institución _____

13. Es responsable de algún otro programa o actividad en la Institución? 1. SI 2. NO

14. Si desarrolla otra actividad, CUÁL:

Sí 2. No

SITUACION ACTUAL DEL CONTROL DE VECTORES EN LA REGION

1. Seleccionar:

1. Dengue 2.Paludismo 3.Chagas 4.Leishmaniosis 5.Esquistosomiasis

2. Cuáles serían las principales diferencias que usted encuentra con relación a l control de vectores en los últimos 5 años

Año 2006	Año 2011
En la Organización de los Servicios	
En el número de Recursos Humanos	
En la atención médica	
En los Sistemas de Información	

En la capacidad resolutiva de los servicios	
En la provisión de medicamentos	
En la existencia de exámenes de laboratorios y otros estudios diagnósticos	
En el desarrollo de actividades de prevención y servicios de orientación	
En la participación comunitaria	
En el funcionamiento en Red	
En el sistema de Referencia y Contrareferencia	

Categorías	FORTALEZAS	DEBILIDADES
De los Objetivos del Programa		
De la Implementación del Programa		
De las Lecciones Aprendidas		

FICHA CHECKLIST ACTIVIDADES DE SENEPA. Febrero-abril 2012**EVALUACIÓN A PROGRAMAS GUBERNAMENTALES**

Ministerio de Hacienda

EVALUACION DEL SUBPROGRAMA

“Control y Vigilancia de Enfermedades Trasmitidas por Vectores (SENEPA)”

del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS).

DATOS DE IDENTIFICACIÓN . 1. Fecha de la Visita: _____

2. Responsable:_____ 3. Lugar: _____

Tipo de tarea	SI	NO	Comentarios
Existencia de diagnóstico de vectores en la región sanitaria			
Existencia de Plan de Intervención x vectores			
Estrategias de Promoción de la salud			
Estrategias de coordinación con otros actores			
Estrategias de control de vectores			
Mapas de riesgo			
Acciones domiciliarias			
Acciones comunitarias			
Charlas educativas			
Reuniones con grupos comunitarios			
Formularios para estadísticas			
Informes semanales o mensuales			
Acceso a Internet			
Sistema de Referencia y contra-referencia			
Nivel de satisfacción de los usuarios			
Nivel de relación con otros servicios vecinos			
Actividades de capacitación recibidas por personal			
Nivel de satisfacción del personal			
Actividades de coordinación del equipo USF			

Tipo de infraestructura del local de servicios			
Actividades de participación de personas o grupos comunitarios			
Actividades de relación con autoridades locales y/o municipales			
Actividades de rendición de cuentas a la comunidad			
Actividades de funcionamiento en red			
Actividades de vinculación con otros ministerios			
Valoración General de la Población			
Otros			

FICHA CHECKLIST ACTIVIDADES DE SENEPA.

Febrero-abril 2012

VISITA A ENFERMOS

EVALUACIÓN A PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

Ministerio de Hacienda

EVALUACION DEL SUBPROGRAMA

“Control y Vigilancia de Enfermedades Trasmitidas por Vectores (SENEPA)”

del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS).

DATOS DE IDENTIFICACIÓN . 1.Fecha de la Visita: _____

2. Nombre de la persona:_____

3. Lugar: _____

Tipo de tarea	SI	NO	Comentarios
Ha recibido usted alguna atención sanitaria por parte de SENEPA			
Ha participado usted en alguna actividad realizada por SENEPA.			
Si su respuesta a la pregunta anterior fue si, en que tipo de actividades (Estrategias de Promoción de la salud)			
Si su respuesta a la pregunta anterior fue si, en que tipo de actividades (Estrategias de Prevencion en salud)			
Si su respuesta a la pregunta anterior fue si, en que tipo de actividades (Estrategias de Coordinacion)			
Si su respuesta a la pregunta anterior fue si, en que tipo de actividades (Estrategias de Control de Vectores)			
Podria usted indicarnos como calificaría usted los servicios ofrecidos por SENEPA			
1.Excelente 2.Muy Buenos 3.Buenos 4. Regular 5. Malo			
Tiene usted alguna recomendación que ayude a mejorar los servicios que ofrece SENEPA			

Anexo 6**INFORME DE RESULTADO DE ENCUESTA APLICADA A LA
POBLACIÓN BENEFICIARIA DE LOS SERVICIOS DE SENEPA, EN EL
SUB/PROGRAMA DE DENGUE.**

La encuesta fue aplicada en el marco de la evaluación de Programas Sociales, del Departamento de Evaluación del Gato Público de la Dirección de General de Presupuesto, del Ministerio de Hacienda.

Asunción, mayo del 2012

Tabla de contenido

Introducción

1. Objetivo de la encuesta
2. Metodología de trabajo
 - Población y muestra
 - Instrumento y técnica
 - Trabajo de campo
3. Principales resultados
 - 3.1.Características generales de la población encuestada
 - 3.2.Coneoce y ha recibido atención de SENEPA
 - 3.3.Participación en las actividades realizadas por SENEPA
 - 3.4.Calificación a las actividades que SENEPA desarrolla en la comunidad
 - 3.5.Recomendaciones generales de la población encuestada a SENEPA
4. Conclusiones Generales

I. Introducción

En el marco de la evaluación de Programas Sociales, del Departamento de Evaluación del Gasto Público de la Dirección de General de Presupuesto, del Ministerio de Hacienda, a finales del mes de abril e inicios de mayo, el equipo de evaluadores externos de SENEPA, aplicó un total de 157 encuestas, con la *finalidad de Conocer el grado de satisfacción y valoración que tienen los beneficiarios del Sub/programa de Dengue.*

La encuesta fue aplicada en los barrios de Luque, San Lorenzo y Fernando de la Mora, del departamento Central, estos lugares fueron seleccionados en base a criterios definidos en el marco del diseño metodológico de la evaluación. Para garantizar la presencia de las personas en sus casas, la visita fue realizada el domingo 22 de abril y el martes 1 de mayo. Se definió que la mitad de las encuestas sean aplicadas a personas de sexo masculino y la otra mitad a personas de sexo femenino, con la finalidad de realizar análisis diferenciados de la percepción de cada grupo.

El presente informe es parte de los anexos de la evaluación realizada. En el primer apartado se presentan los objetivos y el diseño metodológico de la encuesta, aquí se enfatiza el hecho que con el presente ejercicio exploratorio no se pretende arribar a conclusiones generalizables, en la medida que para ello se requeriría de otro tipo de muestreo, recursos y tiempo disponible. La aplicación de la encuesta buscó principalmente conocer el grado de conocimientos y la apreciación de un grupo de vecinos hacia las actividades desarrolladas por SENEPA.

En un segundo momento se presentan los resultados obtenidos, los que son expuestos a través de tablas y gráficos, `para finalmente arribar a conclusiones sencillas en relación a lo obtenido a través del instrumento de encuesta aplicado.

Para finalizar cabe destacar que SENEPA y los servicios que ofrece para la prevención y control del Dengue, es ampliamente conocido por los vecinos encuestados y que la calificación o el grado de satisfacción expresado es positivo.

1. **Objetivo de la encuesta:** Conocer el grado de satisfacción y valoración que tienen los beneficiarios del Sub/programa de Dengue, de los servicios prestados por SENEPA en esta materia.

2. Metodología de trabajo

A. Población Muestra

Para seleccionar la muestra para aplicar las encuestas, se tomaron en consideración los siguientes criterios:

4. Que haya habido evidencia de brote de enfermedad Dengue en el periodo de estudio.
5. Que la zona haya sido catalogada por SENEPA, como zona de Muy Alto riesgo
6. Que se hayan implementado medidas de control de vectores por parte de SENEPA, en el periodo de estudio.
7. Que se pudiera recoger información en la población o muestra sobre la forma de intervención de SENEPA, tanto en el ámbito del control del vector como en actividades de promoción y prevención y grado de satisfacción de los usuarios.

En base a los criterios antes mencionados, se decidió tomar una muestra de opinión de los servicios de SENEPA en los municipios de Asunción, San Lorenzo y Luque. Realizando un muestreo de 50 manzanas por cada uno de los municipios, y preguntando a 3 familias residentes por manzana sobre los servicios que SENEPA ha realizado en el control del vector. Se previó la aplicación total de 150 encuestas de opinión¹²⁶. También se dispuso que el 50% de la población entrevistada sean mujeres y el 50% hombres.

B. Instrumento y técnica aplicada

Para levantar la información requerida, se elaboró una encuesta de opinión, que fue aplicada a través de visitas domiciliarias realizadas en días de descanso laboral con la finalidad de encontrar a personas que pudieran brindar la información. Es importante Instrumento y Técnica aplicada.

C. Trabajo de campo

En base a la información brindada por SENEPA en relación a los barrios de Luque, Fernando de la Mora y San Lorenzo, en los que fueron confirmados casos de Dengue y en los que se habían realizado o se estaban realizando actividades de control de vectores y promoción de la salud, fueron seleccionados los siguientes barrios por Municipio.

¹²⁶ El tiempo, la disponibilidad de recursos, así como la finalidad de la evaluación fueron factores importantes para definir la muestra y las características de selección de la misma. No se pretendía disponer de una muestra representativa para arribar a generalización, sino que se buscaba explorar la opinión de la población en relación al Servicio que brinda SENEPA en su tarea de control del vector transmisor del Dengue.

Tabla de barrios visitados según Municipios

Municipio	Barrio	Boletas aplicadas
Luque	Julio Correa	20
	Cuarto Barrio	9
	La Encarnación	8
	Laurel Ty	3
	Isla Bogado	2
	Primer Barrio, Centro	10
Total		52
Fernando de la Mora	Pitiantuta	17
	Laguana Poty	12
	Centro	15
	Corrales	2
	Progreso	6
Total		51
San Lorenzo	Santa Ana	22
	Florida	18
	María Auxiliadora	9
	Centro	3
	Florida	1
	Primero de Marzo	1
Total		54

Fuente: Encuesta de Opinión aplicada en el Marco de la Evaluación de Programas Sociales,
Asunción, abril/mayo 2012

Las visitas para la aplicación de las boletas se realizaron los días Domingo 22 de abril y martes 1 de mayo, del 2012. Se aplicó un total de 157 boleras, más del 100% de las previstas, la información obtenida fue codificada y procesada en SPSS.

1. Principales resultados encontrados en la consulta

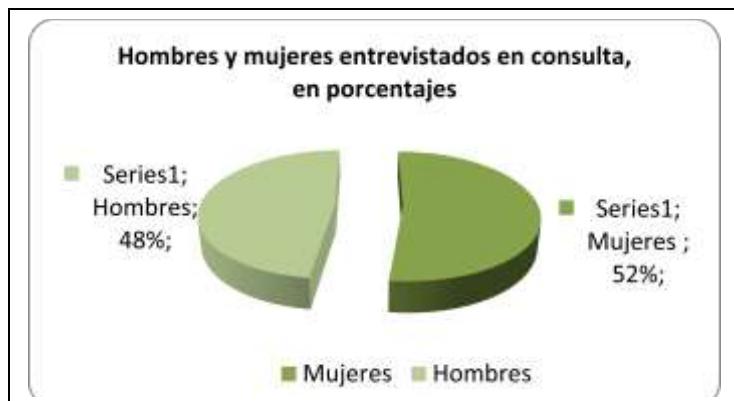
1.1. Características generales de la población encuestada

Del grupo de personas a las que se les aplicó el cuestionario de preguntas, el 52% fueron mujeres y el 48% hombres.

Por otro lado la edad media de los entrevistados era de 44, 54, con un mínimo de 15 y una máxima de 84 años.

Al realizar una distribución de edades, se puede indicar que el 35% de los encuestados tenía menos entre 15 y 34 años; el 21% se encontraba en entre las edades de 35 a 49 años; mientras que el 36% tenía entre 50 y 69 años, mientras que el 8% tenía 70 años o más.

El 100% de los encuestados/as indicó conocer a la SENEPA.



1.2. Conoce y ha recibido atención de SENEPA

A la pregunta de si han recibido algún tipo de atención por parte de la SENEPA, el 75% dijo haber recibido algún tipo de atención de parte de la institución, mientras que un 25% dijo que no ha recibido ninguna atención.

Del grupo que dijo haber recibido algún tipo de servicio, el 67% mencionó la fumigación, en 3% dijo que el servicio fue realizado por SENEPA en colaboración con los militares y consistió en visitas a las casas para búsqueda de criaderos; otro 3% dijo que para el servicio la SENEPA coordinó acciones con personal municipal lo que se dedicaron a la limpieza y fumigación.

Tabla número 1

Servicios recibidos por la población encuestada

Tipo de servicios recibidos de SENEPA, según la población encuestada	f	%
Fumigación	105	90
Visita casa por casa para búsqueda de criaderos y fumigación, en coordinación con personal militar	5	4
Fumigación y limpieza de baldíos con personal municipal	4	3
No contesta	3	3
Total	117	100%

Fuente: Encuesta de Opinión aplicada en el Marco de la Evaluación de Programas Sociales, Asunción, abril/mayo 2012

EL grupo de varones que menciona haber recibido algún tipo de servicio ofrecido por SENEPA es mayor que el grupo de mujeres, tal y como lo muestra la tabla que se presenta a continuación.

Tabla número 2

Sexo de la persona entrevistada que menciona haber recibido algún tipo de atención Sanitaria de SENEPA

sexo de la persona entrevistada	Ha recibido usted algún tipo de atención sanitaria de SENEPA		Total
	si	no	
masculino	61	14	75
femenino	56	26	82
Total	117	40	157

Fuente: Encuesta de Opinión aplicada en el Marco de la Evaluación de Programas Sociales, Asunción, abril/mayo 2012

El 79% de las personas encuestadas dijo saber cuándo fue la última vez que el camión de SENEPA pasó fumigando, mientras que el 21% dijo desconocer cuándo fue la última vez.

Del grupo de personas que dijo saber cuándo fue la última vez que fumigaron la cuadra el 40% dijo que tenían entre una semana y 15días haber pasado; un 14% señaló que hacía un mes; mientras que el 46% dijo que hacía más de dos meses de la última fumigación.

2.1. Participación de las actividades realizadas por SENEPA

Al consultar a los vecinos si ellas han participado de alguna actividad desarrollada por SENEPA en su comunidad, el 80% dijo que NO ha participado, mientras que el 20% dijo que SÍ ha participado de las actividades.

Al realizar el análisis de la participación de las actividades que desarrolla la institución en la comunidad, según el género de la persona entrevistada, se puede apreciar que los hombres entrevistados manifestaron haber participado más que las mujeres.

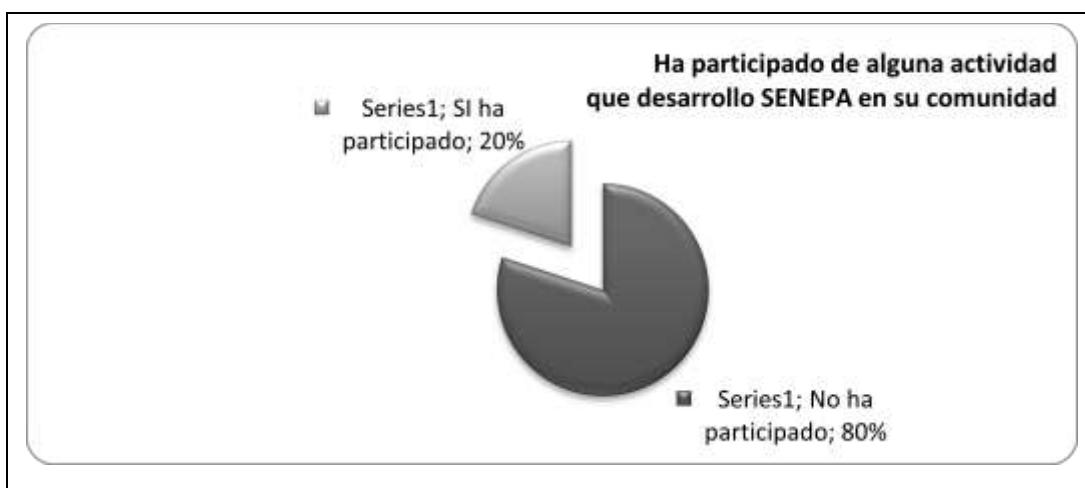


Tabla número 3: Sexo de la persona entrevistada que manifiesta haber participado usted de alguna actividad realizado por SENEPA en su barrio o comunidad

sexo de la persona entrevistada	Ha participado usted de alguna actividad realizado por SENEPA en su barrio o comunidad?		Total
	si	no	
masculino	39	36	75
femenino	33	49	82
Total	72	85	157

Fuente: Encuesta de Opinión aplicada en el Marco de la Evaluación de Programas Sociales, Asunción, abril/mayo 2012

En relación al tipo de actividades de las que ha participado la población encuestada, la siguiente tabla ilustra las respuestas más frecuentes.

Tabla número 4: Actividades mencionadas por la población encuestada y de la que dijo haber participado

Áreas	Actividades	f
Promoción de la Salud	Charlas de cómo prevenir el dengue en la casa	49
	Charlas sobre la importancia de la Limpieza dentro y fuera de la casa	1
	Menciona actividades de promoción pero no especifica	3
	Total de personas que mencionaron haber participado de actividades de promoción de la salud	53
Prevención	Participo de las actividades de limpieza de baldíos y destrucción de criaderos y reciclado de basura	45
	Menciona actividades de prevención pero no especifica	1
	Total personas que mencionaron haber participado de actividades de prevención	46
Coordinación	Participó de actividades desarrolladas con el personal municipal	33
	Menciona actividades de coordinación pero no especifica	3
	Total personas que mencionaron haber participado en actividades de coordinación	34
Control de Vectores	Indicaron haber tenido algún tipo de participación en la fumigación de la cuadra	9
	Menciona actividades de control de vectores pero no especifica	3
	Total personas que mencionaron haber participado en actividades de control de vectores	12

Fuente: Encuesta de Opinión aplicada en el Marco de la Evaluación de Programas Sociales, Asunción, abril/mayo 2012

Según la tabla 4, las actividades de promoción de la salud son las que más mencionadas por las personas que dijeron haber participado de las actividades de SENEPA en su comunidad; le siguen las actividades de prevención y las de coordinación. Las actividades de control de vectores a través de la fumigación es la menos mencionada (esta actividad es exclusiva de SENEPA).

1.1.Calificación de las actividades de SENEPA en la comunidad

A la consulta de cómo calificaría la calidad de los servicios ofrecidos por SENEPA, el 2% dijo que Excelente, mientras que el 34% calificó el servicio como muy bueno y el 31% dijo que el servicio es bueno. Un 17% dijo que el servicio es regular y el 9% malo. Un 7% no respondió a la pregunta.

En la siguiente tabla se presenta un resumen de la calificación a través de las cuales los encuestados expresaron su nivel de satisfacción.

Tabla número 5: Calificación dada por los encuestados a la calidad de los servicios ofrecidos por SENEPA

Nivel de satisfacción de los encuestados	Frecuencia	Porcentaje
excelente	3	2
muy bueno	54	34
bueno	48	31
regular	26	17
malo	14	9
no contesta	12	7
TOTAL	157	100%

Fuente: Encuesta de Opinión aplicada en el Marco de la Evaluación de Programas Sociales,

Asunción, abril/mayo 2012

3.5 . Recomendaciones generales de la población para SENEPA

Del grupo de personas a las que se les pasó la boleta, el 57% expresó alguna recomendación para que SENEPA mejore sus servicios en la comunidad; mientras que el 43% restante no expresó ninguna recomendación en particular

La tabla que se presenta a continuación expresa las recomendaciones planteadas por los encuestados en el marco de la evaluación.

Tabla número 6: Recomendaciones que ayude a mejorar los servicios que ofrece SENEPA

Tiene usted alguna recomendación que ayude a mejorar los servicios que ofrece SENEPA	Frecuencia	Porcentaje
Que fumiguen más seguido	52	58
Insistir para que la gente limpie su patio	9	10
Que entren a cada casa a fumigar	8	9
Que vengan a fumigar la cuadra	5	6
Que entren a cada casa y destruyan yuyales	4	4
Muy bueno el trabajo que hacen	4	4
Que vayan a fumigar a su trabajo	2	2
Que hagan su trabajo en forma, no aclara	2	2
Que nos den el polvo para fumigar en las casas	1	1
Que avisen cuando van a pasar a fumigar	1	1
Asistencia, no especifica en que	1	1
Que inviten a la gente a participar de las charlas	1	1
Total	90	100

Fuente: Encuesta de Opinión aplicada en el Marco de la Evaluación de Programas Sociales, Asunción,

Abril/mayo 2012

La recomendación más frecuente indica que la población espera que SENEPA fumigue más a menudo; mientras que en mucho menor porcentaje se menciona la necesidad de insistir en crear conciencia para que la población en general colabore con la limpieza de su patio. En un menor porcentaje se solicita que entren a fumigar en cada una de las casa y también en la cuadra. También aconsejan, que la institución destruya yuyales y que también pasen a fumigar en el lugar de trabajo. La tabla 6 antes presentada detalla cada una de las recomendaciones.

1. Conclusiones generales

Conclusiones de encuesta para conocer el grado de satisfacción y valoración que tiene la población beneficiaria, de las acciones que la SENEPA realiza para el control y prevención de vectores que propagan el Dengue en el país.

La muestra se seleccionada en base a criterios definidos en el diseño metodológico de la evaluación, se definió encuestar al mismo grupo de hombres y mujeres, de manera a verificar la existencia de diferencias en la percepción de cada uno de ellos en relación al trabajo que SENEPA realiza en sus comunidades.

Se aplicó un total de 157 boletas, de las cuales el 52% fue respondida por mujeres y el 48% por hombres.

En relación al conocimiento de SENEPA y los servicios que ofrece. Cabe señalar que todos los entrevistados/as indicaron conocer a la institución así como los servicios y acciones que tienen a su cargo. El servicio más mencionado por la población es el de la fumigación. El 79% de los y las entrevistados/s sabían con precisión cuándo fue la última fumigación en su cuadra o barrio. Esta actividad la institución la desarrolla cuando un caso se confirma y/o hay sospechosos con Dengue en la comunidad.

El grupo de varones que dijo haber recibido algún tipo de servicios de la institución es mayor que el de mujeres que expresó lo mismo.

En relación a la participación de los y las entrevistadas de las actividades desarrolladas por SENEPA. Se puede concluir indicando que la participación en la comunidad en las actividades de promoción, prevención, coordinación y control de vectores, es muy baja. Ya que sólo el 20% de los encuestado dijo haber participado de alguna de estas actividades que SENEPA desarrollo en su barrio o comunidad.

El grupo de varones que dijo haber participado de alguna de estas actividades es levemente mayor que el grupo de mujeres que indicó su participación.

En relación a la calificación que exprese el grado de satisfacción de los encuestados, se puede destacar que para la mayoría la calificación es positiva. Ya que la tres cuarta parte del grupo encuestado considera que las acciones de SENEPA son muy buenas, buenas o excelente. Un cuarto del grupo expresó que el servicio es regular o malo.

En cuanto a las recomendaciones de la población para que SENEPA mejore sus servicios, más de la mitad de los encuestados expresó alguna recomendación. La recomendación que más se repitió expresa la necesidad de que las fumigaciones se realicen más frecuentemente.

Anexo 7**MATRIZ DE MARCO LOGICO PROPUESTA SENEPA JUNIO 2012**

FIN	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.			
PROPOSITO GENERAL Reducción y Control de las Enfermedades Transmítidas por Vectores	<p>Tasa de incidencias de dengue, malaria, leishmaniosis visceral y tegumentaria y Chagas reducidas a nivel nacional</p> <p>Fórmula de cálculo (número de casos nuevos confirmados de X enfermedad/ población residente en zonas de riesgo en el año t) x 100,000</p>	<p>Planilla EP19 Ficha de notificación de síndrome agudo febril Planilla EP1 Planilla EP2 Informes DGVS Estadísticas Min Salud</p>	<p>Condiciones climáticas favorables, inexistencia de epidemias o brotes,</p> <p>Población predisposta a las intervenciones del programa.</p>
Componentes (Paludismo, Dengue, Leishmaniosis, Chagas, Esquistosomiasis).	<p>% de población atendida por componentes en zonas de riesgos x año.</p> <p>% de mujeres que demandan atención institucional por vectores sobre el total que necesitó atención en año t. Lo mismo para hombres. Análisis x sexo.</p> <p>Porcentaje de capacitaciones realizadas en el año t</p> <p>Fórmula de Cálculo: (número de capacitaciones realizadas en el año t/número de capacitaciones planificadas en el año t) * 100</p> <p>% de mujeres que participan en las actividades de promoción sobre el total que participó en las mismas en el año t. Lo mismo para hombres. Análisis x sexo.</p> <p>% de mujeres que participan en las actividades de prevención sobre el total que participó en las mismas en el año t. Lo mismo para hombres. Análisis x sexo.</p>	<p>Planilla EP19 Ficha de notificación de síndrome agudo febril Planilla EP1 Planilla EP2</p>	

Componentes (Paludismo, Dengue, Leishmaniosis, Chagas, Esquistosomiasis).	<p>Eficacia/Proceso</p> <p>Porcentaje de muestras examinadas y diagnosticadas en el año t</p> <p>Fórmula de Cálculo: (número de muestras examinadas en el año t/número de muestras planificadas en el año t) * 100</p> <p>Eficacia/Producto</p> <p>Porcentaje de intervenciones de control realizadas en el año (bloqueos de casos)</p> <p>Fórmula de Cálculo: Número de intervenciones de control realizadas en el año t/ número de intervenciones control programadas en el año 1) * 100</p> <p>Porcentaje de intervenciones de vigilancia realizadas en el año t.</p> <p>Fórmula de cálculo: (número de intervenciones de vigilancia realizadas en el año t/número de intervenciones vigilancia programadas en el año t) * 100</p> <p>Eficacia/Proceso</p> <p>Porcentaje de investigaciones entomológicas realizadas en el año t (Según Plan Nacional de Vigilancia Entomológica)</p> <p>Fórmula de cálculo: Número de investigaciones entomológicas realizadas en el año t/número de investigaciones programadas para el año t) * 100</p> <p>Eficacia/Resultados Intermedio</p> <p>Porcentaje de casos confirmados recuperados en el año t</p> <p>Fórmula de cálculo</p> <p>(Número de pacientes recuperados en el año t/número de casos confirmados en el año t) *100</p>		
--	--	--	--

Componentes (Paludismo, Dengue, Leishmaniosis, Chagas, Esquistosomiasis).	<p>Eficacia/Producto</p> <p>Porcentaje de viviendas rociadas en el año t.</p> <p>Fórmula de cálculo:</p> <p>(número de viviendas rociadas en el año t/número de viviendas programadas en el año t)*100</p> <p>Porcentaje del presupuesto ejecutado por componente con respecto al plan financiero asignado en enero del año t</p> <p>Fórmula de cálculo (presupuesto ejecutado por componente en el año t/recursos asignados en el plan financiero en diciembre del año t) * 100</p> <p>Gasto promedio por componente</p> <p>Fórmula de cálculo (valor del gasto realizado por categoría de atención en el año t/número total de servicios ofrecidos por componente en diciembre del año t)</p> <p>Acciones de Articulación Social</p> <p>Nº y % de reuniones intersectoriales de coordinación y articulación de acciones ejecutadas para el control de los vectores por región sanitaria en el año t/ sobre el total de reuniones de coordinación y articulación programadas en el año t.</p>		
--	---	--	--

	<p>Monitoreo de las acciones de comunicación para el cambio de conducta.</p> <p>No. Y % de acciones de monitoreo de comunicación para el cambio de conducta ejecutadas por región sanitaria en el año t/ sobre el total de acciones de monitoreo de comunicación para el cambio programadas en el año t</p> <p>Nº y % de Zonas operativas que presentan informes semestrales de gestión a la ciudadanía sobre el total de informes semestrales presentados programados para el año t.</p> <p>Nº y % de Zonas operativas que realizan estudios sobre calidad de los servicios y satisfacción de los usuarios ejecutados en el año t/ el número total de estudios de calidad de los servicios y satisfacción de los usuarios programados para el año t.</p>		
--	--	--	--

Anexo 8

MATRIZ DE ANÁLISIS DE GÉNERO

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA			EVALUACIÓN DEL PROGRAMA				RECOMENDACIONES	
Nombre del Programa	Producto Estratégico Asociado	Objetivo del Programa	¿Corresponde Incorporación de Enfoque de Género en el Programa Según la evaluación? ¿Por qué?	¿Se debió incorporar en definición de población objetivo? No	¿Se debió incorporar en definición de propósito o componente? No	¿Se debió incorporar en provisión del servicio?	¿Se debió incorporar en la formulación de indicadores? Si	Incorporar en la formulación de indicadores análisis de género.
Sub-programa Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitida por Vectores,	¿Aplica Enfoque de Género? (PMG)	Objetivo del Programa fin: “contribuir a mejorar la Calidad de vida de la población paraguaya”; y como propósito: la “reducción y control de las enfermedades transmitidas por vectores”. Mientras que su objetivo general o estratégico era “desarrollar acciones conducentes a vigilar, prevenir y controlar las Enfermedades Trasmitidas por Vectores, de manera a impedir que la población enferme, y si en tal caso aconteciese, rehabilitar a los mismos de modo a que disminuya el impacto socio económico en la población	¿Corresponde Incorporación de Enfoque de Género en el Programa Según la evaluación? ¿Por qué? Sí. Sobre todo en el análisis de los datos recolectados por la institución. Aún cuando el programa está fundamentalmente dirigido al control del vector el análisis orientado al género permitiría conocer de mejor manera los efectos que tienen dichos vectores sobre la población y sus impactos respectivos a fin de orientar de mejor manera las acciones del sub-programa.					