

FINAL TECHNICAL REPORT / RAPPORT TECHNIQUE FINAL

ANNEX 3 REPORT BARRIER SEMINAR

Dr Andrea Marchiol ;

Cecilia Castillo ;

© 2021, DR ANDREA MARCHIOL



This work is licensed under the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction, provided the original work is properly credited.

Cette œuvre est mise à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>), qui permet l'utilisation, la distribution et la reproduction sans restriction, pourvu que le mérite de la création originale soit adéquatement reconnu.

DNDi

Drugs for Neglected Diseases *initiative*

Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas

Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas

Informe: Seminario de acceso.

HACIA LA ELIMINACIÓN DE LAS BARRERAS EN EL ACCESO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN GUATEMALA.

Compilado por: Andrea Marchiol; Colin Forsyth & Rafael Herazo



Julio 11 - 12 de 2018

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	3
2. OBJETIVO	4
3. RESULTADOS ESPERADOS	4
4. PARTICIPANTES	4
5. METODOLOGÍA IMPLEMENTADA	5
6. PRESENTACIONES	6
MÓDULO 1 - SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	6
MÓDULO 2. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y ETMI-PLUS	7
7. MESAS DE TRABAJO	11
METODOLOGÍA:	11
MESA 1. DIAGNÓSTICO	12
MESA 2. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO	14
MESA 3 .VIGILANCIA	16
MESA 4. ETMI PLUS	19
8. PRESENTACIÓN DE CONCLUSIONES DE ENTREVISTA Y ANALISIS DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	21

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Según el último reporte (febrero 2015) epidemiológico de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Guatemala tiene alrededor del 10% de su población a riesgo de infección, con 166.667 infectados, siendo 32.759 mujeres en edad fértil, y se estima unos 1275 nuevos casos anuales por transmisión vectorial.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS) pertenece a la Iniciativa Regional IPCAM (Iniciativa para el Control de Chagas en Centro América y México) y en el marco de esta iniciativa junto a otros países de la región, alcanzó en 2008 la certificación de la interrupción de la transmisión vectorial por *Rhodnius prolixus*. El *Triatoma dimidiata*, vector autóctono, tiene también un ciclo peridoméstico y selvático, y por eso su eliminación es inviable. El nuevo objetivo en cuanto a control vectorial es mantener a las comunidades con niveles de infestación intradomiciliario y de colonización <5%.

Para dar respuesta y contribuir a la mejora de las condiciones de acceso a diagnóstico y tratamiento de las poblaciones afectadas por la enfermedad de Chagas, la iniciativa medicamentos para enfermedades olvidadas (de sus siglas en inglés, DNDi) ha diseñado un modelo de intervención para ampliar y extender el acceso llamado: **Modelo de las 4 D**: Diagnóstico – Diseño – Delivery (Implementación) y Demostración del impacto.



En lo que respecta al Diagnóstico proponemos dos etapas complementarias. Una basada en una visita de diagnóstico situacional donde se realizan entrevistas a personas claves, visita al terreno y análisis de información, datos y documentos relacionados. Esta visita ya fue realizada durante el mes de abril del presente año y un informe al respecto puede ser consultado con DNDi. La otra etapa del diagnóstico consiste en el desarrollo de un seminario de barreras donde se discute con invitados claves (instituciones, comunidad/pacientes), las barreras, sus causas y soluciones. Este documento hace referencia a esta última etapa.

2. OBJETIVO

Analizar la situación actual de la enfermedad de Chagas en Guatemala y sus barreras en el acceso a la atención integral del paciente en Guatemala, así como las posibles propuestas de solución en coordinación con el Sistema del sector Salud, sociedad civil y la Cooperación Internacional.

3. RESULTADOS ESPERADOS

Cumplido

1. Participación del 90% de las dependencias e instituciones involucradas con la Atención en de la Enfermedad de Chagas del país, en el seminario de Barreras.

En proceso

2. Informe elaborado documentando el proceso del seminario con identificación y categorización de las principales barreras y potenciales soluciones enmarcadas en el sistema de salud de Guatemala.
3. Socialización del informe a los socios y participantes del proyecto.
4. Las conclusiones del seminario son utilizadas en los espacios de decisión (comité técnico – IPCAM – etc.).

4. PARTICIPANTES

Institución	Nº de participantes
Personal de Salud de COMAPA	7
Hospital de Jutiapa	1
Programa de EV – MSPAS	2
Comadronas	3
PROEDUSA - MSPAS	2
Area de Jutiapa	4
Area de Chiquimula	2
Area de Santa Rosa	2
OPS	1 (presente), 1 on line
Programa de Banco de Sangre- MSPAS	1

Centro de Salud de Jutiapa	4
Líderes Comunitarios	3
Programa Vectores de Jutiapa	2
Laboratorio de Vigilancia de Jutiapa	1
Epidemiología - MSPAS	1
Programa Materno Infantil Jutiapa	2
Presidente de COCODES	2
Pacientes tratados	2
Programa Salud Reproductiva - MSPAS	1
Programa HIV- MSPAS	1
Laboratorio Nacional de Referencia	1
Fundación Mundo Sano (FMS)	2
Universidad del Valle de Guatemala (UVG)	4
Universidad San Carlos (USAC)	8
Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi)	6





Fuente: Listado de asistencia del evento. En la tabla solo están contabilizadas las personas que han firmado el listado de asistencia.


5. METODOLOGÍA IMPLEMENTADA

- Sesiones magistrales (Presentaciones por expositores invitados y expertos)
- Comentarios y preguntas por participantes.
- Discusión al final en cada módulo.
- Mesas de discusión (moderador y relator) – **Modelo de desafío**.
- Discusión final y presentación de resultados de cada mesa.


6. PRESENTACIONES

MÓDULO 1 - SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

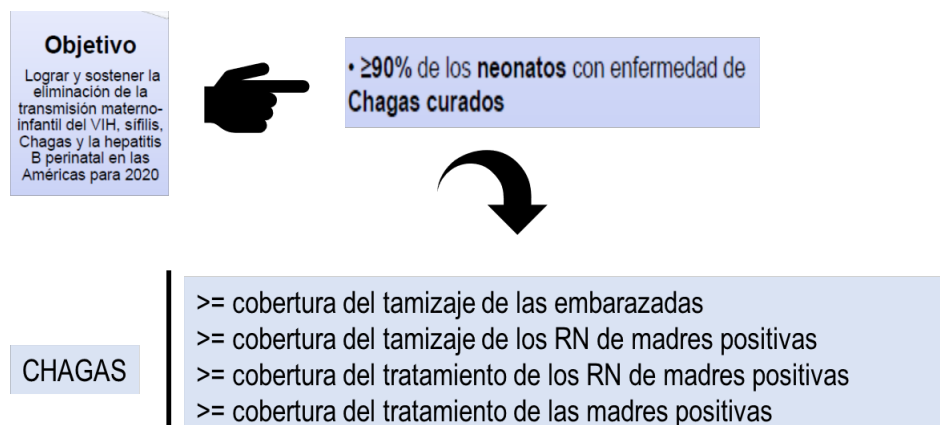
OPS Guatemala		 		Licenciado Jaime Juarez					
Título: Situación epidemiológica de la Infección por <i>T.cruzi</i> en Centro América.									
<p><u>Logros de la Región:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Interrupción de la transmisión por <i>R. Prolixus</i> en: El Salvador, Guatemala, Honduras, México (Chiapas y Oaxaca), Nicaragua y Costa Rica. - Interrupción de la transmisión por <i>T. Dimidiata</i> en Belice y Costa Rica - Transmisión activa por <i>T. Dimidiata</i> u otras especies autóctonas en: El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá. - Todos los países de la región realizan tamizaje universal en Banco de Sangre. <p><u>Desafíos futuros en EC para la Región:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Interrupción vectorial domiciliaria, por las principales especies vectoriales. - Interrupción vectorial domiciliaria por especies autóctonas. - Eliminar las especies de triatominos alóctonos domiciliarios. - Mantener los logros de interrupción de la transmisión domiciliaria por proceso de recertificación. - Diseñar abordajes de vigilancia/control en aquellos lugares donde la transmisión a los seres humanos proviene del ciclo silvestre. - Fortalecer la vigilancia integral e integrada de Chagas, dentro de la vigilancia epidemiológica nacional de cada país. Optimizar el control de la vía transfusional y por trasplante. - Aumentar de forma drástica y rápida la cobertura y calidad de la atención médica de la enfermedad de Chagas, forma congénita incluida, que hoy anualmente sólo alcanza a un 1% de los infectados. 									
La OPS presenta datos en concordancia con IPCAM:									
Diagnóstico y Tratamiento de la enfermedad de Chagas en la zona, 2010-2016									
Year	Casos/año	Casos agudos/año	Casos crónicos/año	FTD sources n° cases	Diagnostico en bancos de sangre	Diagnostico en los servicios de salud	Tratamiento etiológico	Tratamiento etiológico en casos agudos	Tratamiento etiológico en casos crónicos
2010	30.061	23	30.038	14	22.762	14.029	7.229	23	6.780
2011	27.739	19	27.720	0	21.424	13.397	5.821	19	5.419
2012	53.078	392	52.686	55	22.815	27.426	9.924	392	9.532
2013	61.516	529	60.987	86	24.212	37.404	12.334	529	11.805
2014	79.515	17	76.976	--	23.370	59.981	9.002	17	8.985
2015	82.114	118	81.996	27	27.324	55.830	10.432	118	10.314
2016	90.317	206	90.111	48	25.367	58.894	14.316	206	14.110
Total	424.340	1.304	420.514	230	157.274	266.961	69.058	1.304	66.945
 						<p>Fuente: Ministries of Health of 18 endemic countries of the American Region: ARG, BOL, BRA, CHI, COL, ECU, PAR, PER, ELS, BLZ, SUR, PAN, NIC, MEX, HON, Fr-GUY, GUY, GUT, COR, URU, VEN.</p>			

	<p>Erika Chávez (Epidemiología) Blanca Chinchilla (subprograma Chagas)</p>
<p>Título: Situación de la enfermedad de Chagas en Guatemala - Marco general de la atención de la Enfermedad de Chagas en el MSPAS</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Aumento en el registro y notificación de casos entre 2011 y el 2016/2017 - El aumento de casos notificados en 2017 se concentró en Jutiapa y Chiquimula: 55 para un total de 89 en toda Guatemala (datos de SIGSA) – (Obs: el LNR durante el 2017 confirmó 361 para todo el país. Diferencia entre datos SIGSA – LNR: 272 casos que no fueron registrados en SIGSA) - Entre enero - junio 2018, las áreas con mayor notificación de infección fueron Jutiapa y Chiquimula con 70 y 8 casos respectivamente para un total en todo el país de 93 casos. - Los casos están siendo identificados en la fase crónica. Predominan los casos en el sexo femenino entre los 25 a 39 años. - Severas deficiencias en la clasificación y registros de los casos en SIGSA según CIE 10. - Es necesario mejorar la clasificación y codificación de los casos e ingreso correcto y oportuno al sistema WEB y fortalecer la vigilancia epidemiológica. - Se trataron en 2017, 97 pacientes en todo el país con Nifurtimox. Jutiapa y Chiquimula trataron 93 (95.8% de los casos). En 2018, entre enero y junio se trataron 133 pacientes, Chiquimula y Jutiapa trataron 123 (92.5% de los casos). - No hay formatos estandarizados para la atención de los pacientes. - No se cuenta con una guía de manejo clínico para la atención de los pacientes. - Falta de registro de efectos adversos. 	

MÓDULO 2. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y ETMI-PLUS

	<p>OPS Guatemala</p>	<p>Pedro Avedillo</p>
<p>Título: ETMI – Plus. Usando la Plataforma SMI para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis, enfermedad de Chagas y Hepatitis B en las Américas.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - La estrategia se enfoca inicialmente a Sífilis y VIH (ETMI). En 1995 se inicia el trabajo de eliminación de la Sífilis Congénita. Para 2007 se establece la norma para el logro de la eliminación de la Sífilis Congénita. En 2010 se incluye el VIH en el marco de la eliminación de la Sífilis. Con la inclusión del VIH en la estrategia, en 2011 se formula el Plan Mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres. - La ETMI finaliza la fase I en 2015. Para 2016 se proyecta la fase II denominada ETMI Plus, donde además del VIH y Sífilis, ingresan al plan las infecciones causadas por el virus de la Hepatitis B y el parásito Trypanosoma cruzi. Este plan vence en 2021. - La plataforma de la salud materno infantil brinda importantes oportunidades para la ETMI Plus. No obstante aún es necesario continuar reforzando las estrategias para el aumento de la cobertura del control prenatal a más de cuatro controles y la promoción del parto hospitalario. 		

- Datos de la implementación de la estrategia documentan que la cobertura de antiretrovirales es inversamente proporcional a la tasa de transmisión de VIH. Por otro lado la cobertura de tratamiento para Sífilis en gestantes viene en ascenso pero para el 2016 no superaba el 85%.
- Entre la lecciones aprendidas de la implementación del ETMI se encuentran: el apalancamiento de las acciones en VIH, la importancia del compromiso político, el enfoque de salud pública y de derechos humanos, sumado al fortalecimiento de los programas de Salud Materno Infantil.
- La plataforma del ETMI (VIH y Sífilis) constituye la base fundamental para la eliminación de la Hepatitis B y de la transmisión materno infantil del Chagas (ETMI Plus).
- Para el caso de Chagas, en la región los datos estimados en 2010 incluyen a 1.1 millones de mujeres en edad fértil infectadas y 15000 casos anuales de Chagas congénito. Los avances en control vectorial y transfusional, posicionan a la transmisión congénita como el principal problema de salud pública en algunos países de las Américas.
- En objetivo marco de la ETMI Plus es lograr y sostener la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, Sífilis, Chagas y la hepatitis B perinatal en las Américas para 2020.
- Los indicadores de impacto del ETMI Plus incluyen aumento en la cobertura de vacunación para VHB, aumento de tamizaje para todas las infecciones y aumento en el tratamiento de las mismas.
- Dentro del marco conceptual se encuentran tres ejes fundamentales: la integración de las políticas y servicios, intensificar la información estratégica y fortalecer y mejorar la red de laboratorios y la gestión de la cadena de suministro.
- Destakes en cuanto a metas de la iniciativa:



- El detalle de la ETMI Plus se encuentra en el documento marco de la estrategia que puede ser consultado en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-etmi-plus-marco-vih-hep-chagas.pdf>



Título: Enfermedad de Chagas en el Gran Chaco Argentino, una experiencia exitosa: Desde la vigilancia y control vectorial al diagnóstico y tratamiento

- Histórico de actividades enfocadas al control vectorial desde el año 2002.
- Objetivo general: Interrumpir la transmisión vectorial del *Trypanosoma cruzi* mediante la vigilancia y el control domiciliario y peridomiciliario de *Triatoma infestans* en el área urbana y periurbana de la localidad de Añatuya.
- Intervenciones iniciando con el control vectorial (*T. infestans*) para después continuar con la promoción del diagnóstico y tratamiento (D y T).
- Resumen de las acciones:
 - o Vigilancia y control de *Triatoma infestans* y otros triatomíneos.
 - o Mejoramiento sanitario de viviendas rurales.
 - o Monitoreo de resistencia a insecticidas en *T. infestans*.
 - o Investigación: ciclo endozoonótico de la tripanosomiasis americana en la región chaqueña.
 - o Proyectos Piloto de diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Chagas.
 - o Capacitaciones para favorecer el D y T del Chagas.
 - o Actividades para hacer visible a la Enfermedad de Chagas (eCh).
- Todas las actividades tienen un fuerte componente de participación comunitaria (trabajo entre vecinos).
- El objetivo en D y T es generar modelos de intervención en D y T de la eCh viables, que generen capacidad instalada de calidad y que puedan ser replicables.
- Modelo de atención centrado en el paciente, dentro del sistema de salud local, desde APS y con estrecho seguimiento.
- Dificultades y barreras identificadas: baja percepción en población general y profesional sobre la importancia del D y T oportuno de la eCh, problemas de capacidad resolutoria y motivación del recurso profesional local, dificultades de acceso a población originaria y pacientes provenientes de lugares sin control vectorial reciente.
- Entre los desafíos se encuentran: Captar la derivación de embarazadas reactivas para su evaluación y posterior tratamiento, realizar el seguimiento de niños de madres seropositivas una vez dados de alta del lugar del nacimiento, extender la atención a otros parajes con control vectorial y lograr un trabajo en red con otros efectores sanitarios regionales.



Título: Estrategia para la eliminación de barreras de acceso en municipios priorizados en Colombia.

- Trabajo siempre articulado con Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud y DNDi, generando capacidades y liderazgo desde el nivel nacional.
- Diagnóstico de barreras como primer paso, con el desarrollo de un seminario con participación interdisciplinaria (pacientes, prestadores de servicios de salud y aseguradores) en el año 2015.
- Las barreras identificadas fueron el insumo para la construcción de la ruta integral de atención de la eCh.

- La barrera identificada con el mayor peso estuvo en el bloque de diagnóstico, esta consistía en que la prueba complementaria para la confirmación diagnóstica (InmunoFluorescencia Indirecta, IFI) estaba centralizada en el Instituto Nacional de Salud (INS), difícilmente disponible en las regiones endémicas lo que limitaba considerablemente el acceso al diagnóstico con tiempos prolongados para definir un caso.
- En paralelo a la construcción de la ruta de atención, se validaba un nuevo flujograma diagnóstico (Elisa convencional y Recombinante – IFI como 3era prueba). Oficialización y publicación por INS en marzo de 2017.
- Así, eliminada la principal barrera y construida la Ruta de Atención eCh, se busca validar con la implementación piloto de actividades específicas en cuatro departamentos endémicos del país, los cuales cuentan con municipios certificados por la PAHO como libres de transmisión por *R.prolixus* intradomicilio.
- Los resultados a 12 meses de implementación del proyecto piloto demuestran un incremento significativo en el número de personas que acceden a diagnóstico con menos tiempos para definir diagnóstico y con la posibilidad de acceder al tratamiento de manera oportuna.
- Entre los desafíos a superar se encuentran: escalar y replicar las acciones del piloto en otras regiones, logrando la fusión completa con el sistema de aseguramiento en salud colombiano.



Colin Forsyth

Título: La enfermedad de Chagas en los Estados Unidos: Barreras y soluciones.

- Formulación de un proyecto para mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento para las personas afectadas por la enfermedad de Chagas, EEUU.
- Trabajo que inicia en marzo de 2016 en colaboración de DNDi y el Centro Médico Olive View-UCLA (CECD), con el apoyo de Médicos Sin Fronteras USA.
- Los objetivos de proyecto son: - identificar las barreras y describirlas en la literatura, - apoyar al CECD en la promoción su modelo de atención y expandirlo al nivel primario y - estimular la colaboración entre los diferentes actores en el país.
- La identificación e involucramiento de un aliado competente es fundamental para el éxito de las estrategias, el CECD ofrece D y T a las personas afectadas por la eCh.
- Desde 2007, este hospital público ha tamizado alrededor de 8000 personas y tratado a 300. El trabajo de tamizaje realizado está basado en el voluntariado.
- En EEUU hay Chagas, existen vectores (se han documentado casos autóctonos) y otras rutas de transmisión como la congénita y por transfusiones y trasplantes son posibles.
- El trabajo es principalmente dirigido a población migrante. Estudios recientes han identificado casos provenientes del Salvador, Guatemala y México, entre otros países.
- La identificación de barreras a D y T tuvo un enfoque multidimensional y se clasificaron en cuatro bloques (estructurales, psicosociales, sistémicas y clínicas).
- El estatus migratorio como barrera estructural tiene gran peso a la hora de

intentar acceder a los servicios de salud.

- Las barreras sistémicas (derivadas del sistema de salud), comprenden la ausencia de protocolos de atención, falta de conocimiento entre el personal de salud, falta de tamizaje proactivo, limitada disponibilidad de medicamentos y test diagnósticos y ninguna campaña informativa.
- A nivel de barreras clínicas se destacan las dificultades en el diagnóstico derivadas de las variaciones entre ensayos (sensibilidad y especificidad), diversidad genética del *T.cruzi*, ausencia de biomarcadores para determinar cura o falla terapéutica y presencia de efectos adversos durante el tratamiento, afectando la adherencia.
- Desde la perspectiva psicosocial, el trabajo con población migrante genera estigma contra la enfermedad, miedo al diagnóstico y angustia al tratamiento.
- Las acciones que se vienen desarrollando dentro del proyecto DNDi-CECD comprenden: expansión de diagnóstico y tratamiento en la atención primaria, y desarrollar evidencias científicas para mejorar el flujograma diagnóstico. De igual manera se desarrollarán focos de atención en los estados con mayor carga de la enfermedad, estudios para entender los escenarios de transmisión autóctona y expansión de la indicación de uso de Benznidazol a otros grupos etareos (>12 años).
- Las estrategias de trabajo colaborativo en el diagnóstico de barreras y la planeación y accionar de soluciones permite avanzar en mejorar la atención de las poblaciones afectadas por la enfermedad de Chagas.

7. MESAS DE TRABAJO

Metodología:



Esquematación de las mesas de trabajo

Estructura de la discusión en mesa de trabajos (MODELO DE DESAFÍO).

- 1) Visión de futuro – **Visión ideal**
- 2) Identificación de **Barreras que existen hoy**, para alcanzar la visión ideal de futuro. **Categorización de las mismas** según correspondan a la esfera de Directrices y Procedimientos, de Servicios/ Sistema de Salud, de Insumos/ Infraestructura/ Recursos y de Individuo/ Comunidad/ Sociedad
- 3) **Priorización de las barreras y ponderación.**
- 4) Se trabajan **soluciones para mitigar esas barreras**. Se categorizan en prioritarias, necesarias y accesorias.

Mesa 1. Diagnóstico

Se trabaja en grupo la metodología correspondiente siguiendo el paso a paso de la misma, con exposiciones intermedias en plenaria.

Resultado de la discusión:

Directrices y Procedimientos (*)	Servicios/ Sistema de salud (*)
<ul style="list-style-type: none"> - Centralización de diagnóstico (5) - Falta de registro de datos digitalizados (5) - Falta de validación de pruebas rápidas (3) - Falta de notificación oficial de las intervenciones de proyectos de investigación (4) - Falta de confirmación diagnóstica en Banco de Sangre (5) - No existe circuito de Atención para los rechazados en Banco de sangre (3) - Falta de flujo claro de envío de muestra al laboratorio del área (4) - Falta de Socialización de directrices y lineamientos nacionales (5) - Falta de programa de control de calidad (5) - Desinformación a nivel central de acciones que se desarrollan a nivel local (3) - Falta de programación oportuna en intervenciones específicas (3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de capacitación a profesionales de la salud (fase aguda, crónica, congénito) (5) - Falta de seguimiento a los casos positivos (5) - Ausencia de laboratorios de vigilancia con estructura propia (3) - Falta de capacitación continuada (4) - Capacidad resolutive limitada de los laboratorios en áreas endémicas (5)
Insumos/ Infraestructura (*)	Individuo/comunidad/sociedad (*)
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de equipamiento, suministros a nivel local (4) - Falta de tercera prueba para los indeterminados (discordantes) (5) - Falta de recursos humanos (5) - Rotación continua del personal (inestabilidad) (3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazo al diagnóstico por algunas personas de la comunidad (3) - Falta de sensibilización de los COCODES (4) - Falta de información a la comunidad (4)

*La numeración al lado de cada barrera corresponde a una valoración en consenso para la priorización de las mismas. El valor 5 corresponde a la barrera con un consenso de priorización mayor.

Barreras DIAGNÓSTICO	Causas raíces	Soluciones / Estrategias para Mitigar
Procedimiento Centralizado del proceso diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficientes laboratorios de vigilancia en áreas endémicas - La vigilancia epidemiológica en Chagas, focalizada en la atención de las personas no es una prioridad - No existe voluntad política. - El Chagas no es una enfermedad visible 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestiones y articulación con autoridades para la inclusión del diagnóstico de Chagas en laboratorios funcionales - Plan de sensibilización a autoridades políticas locales, departamentales y nacionales. - Generar evidencia a todos los niveles sobre Chagas: Boletines informativos, sala situacional
Falta de registro digital y notificación de casos obligatoria	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de RH específico y/o no cumple sus funciones - Falta de sensibilización y capacitación en la importancia de la enfermedad de Chagas - Falta de plan de capacitación del nivel central - Faltas recursos económicos para implementación del plan de capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de capacitación y sensibilización a nivel local - Plan de seguimiento y supervisión del cumplimiento de compromisos - Reforzar el POA para las actividades planificadas - Notificación obligatoria de los casos crónico y agudos: finalizar los procesos ya iniciados - Promover proyectos interinstitucionales con liderazgo del MSPAS
Falta de confirmación diagnóstica y otras gestiones en Banco de Sangre	<ul style="list-style-type: none"> - El mandato legal de BS es de tamizaje de componentes sanguíneos - Debilidad del seguimiento de donantes reactivos - Ausencia de protocolo estandarizado para seguimiento de donantes reactivos / rechazados 	<ul style="list-style-type: none"> - Articulación entre el PNMTBS y LNS para la confirmación de donantes reactivos - Creación de protocolo estandarizado a nivel nacional para seguimiento de donantes reactivos / rechazados
Falta de programa de control de calidad	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de lineamientos para control de calidad - Falta de un laboratorio regional de referencia - Falta de gestión para búsqueda de alternativas 	<ul style="list-style-type: none"> - Diseñar programa integral de control de calidad - Gestionar con OPS/ otras agencias/ organizaciones/ Instituciones regionales
Falta de un flujo claro para referencia de pruebas entre el nivel local y área de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de gestión para envío de pruebas 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinar y planificar cronograma de envío de muestra a nivel local en consenso con el área de salud
Falta de capacitación en procedimientos diagnósticos continuada del personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Chagas no es una prioridad en el plan de capacitación sistemática y continuada - No existe voluntad política - Chagas no es una enfermedad visible 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar e implementar un plan de capacitación que incluya la EC - Plan de sensibilización a autoridades políticas locales, departamentales y nacionales - Generar evidencias a todos los niveles sobre la EC: boletines informativos, espacios en las salas situacionales - Incluir Chagas dentro de las campañas de información actuales.
Falta de equipamientos, insumos y suministros a nivel local	<ul style="list-style-type: none"> - Faltas recursos económicos para equipar laboratorio, comprar reactivos y suministros sistemáticos 	
Falta de validación de pruebas rápidas		<ul style="list-style-type: none"> - Estudio de Validación de pruebas rápidos para la infección crónica.
Falta de tercera prueba para los discordantes	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de lineamientos técnicos en la región para casos discordantes - No existen estudios de validación de otras pruebas 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestiones en POA para adquisición de kits comerciales de IFI e InmunoBlot - Estudio de Validación de kits con marcas registradas en el país.

Mesa 2. Tratamiento y Seguimiento

Resultados de la discusión:

Directrices y Procedimientos (*)	Servicios/ Sistema de salud (*)
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de actualización de protocolos de vigilancia e implementación de guías de atención clínica (5) - Debilidad en el sistema de información (5) - Limitaciones para inicio de tratamiento de pacientes basados en la edad (5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de respuesta a la comunidad en la vigilancia entomológica (5) - Falta de empoderamiento institucional para la atención (5) - Falta de personal capacitado en Chagas (5) - Falta de Benznidazol y presentaciones pediátricas (3) - Falta de monitoreo y seguimiento a los tratamientos (4) - Demora en el diagnóstico (5) - Falta de búsqueda activa para la detección de infecciones agudas para tratamiento efectivo (5)
Insumos/ Infraestructura (*)	Individuo/comunidad/sociedad (*)
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de equipamiento, suministros a nivel insumos de laboratorio (5) - Falta de Electrocardiógrafos y pruebas pretratamientos (5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de IEC sobre Chagas en la comunidad (5) - Falta de compromiso de los pacientes para el tratamiento (3) - Falta de acceso geográfico a la atención (1) - Presencia de miedos y mitos sobre tratamiento (2) - Limitación de género en la participación para el D y T (1) - Deforestación y cambio de hábitat del vector (1)

*La numeración al lado de cada barrera corresponde a una valoración en consenso para la priorización de las mismas. El valor 5 corresponde a la barrera con un consenso de priorización mayor.

Barreras TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Causas raíces	Soluciones / Estrategias para Mitigar
Falta de actualización de protocolos de vigilancia e implementación de guías de atención clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Por falta de recurso económico - Por alta rotación de autoridades - Por falta de compromiso del nivel central y participación multidisciplinaria - Por falta de seguimiento y actualización - Por falta de socialización entre los diferentes niveles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión y actualización periódica (cada 3 a 5 años) por parte del subprograma Nacional de Chagas del protocolo de vigilancia e implementación de las guías clínicas de atención para la enfermedad. Responsable: Jefe del Subprograma Nacional de Chagas. - Los jefes de programas garantizan la permanencia de los jefes de Subprograma de Chagas. Responsable: Jefe del Programa Nacional de ETV.
Debilidad en el Sistemas de Información	<ul style="list-style-type: none"> - No capta la realidad de las definiciones de casos (no es igual, CIE-10) - Falta de compromiso y desconocimiento del SIGSA y no participación de los usuarios en el diseño del sistema. - Porque Chagas no es una prioridad política para las autoridades - Porque se requiere generar sistema paralelo para completar la información - A nivel local no hay ingreso de datos (incumplimiento) 	<ul style="list-style-type: none"> -Actualización del sistema por parte del SIGSA para tener la información oficial y actualizada requerida por todos sus usuarios. Responsable: Jefe de SIGSA.
Falta de IEC sobre Chagas a la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de materiales (manuales) para IEC adaptados a los diferentes niveles - Dificultad de acceso a las comunidades (geográfico, transporte) - Falta de interés y empoderamiento del personal de salud (programas) - Falta de coordinación entre comunidades, líderes locales y PROEDUSA - Falta de recurso humano idóneo (perfiles adecuados para los contratados) 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación entre PROEDUSA y departamentos de promoción de áreas para satisfacer las necesidades de información y educación de todas las comunidades en el tema de Chagas. Responsables: PROEDUSA Y Coordinadores de los departamentos de promoción de las áreas de salud.
Falta de compromiso de los pacientes para el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Efectos secundarios al nifurtimox - Falta de acompañamiento - Desinterés del paciente y percepción de la enfermedad por parte del paciente - Falta de alimentación en el tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Asignación de personal para atención de paciente con Chagas. El paciente está debidamente informado y concientizado para la administración de su tratamiento. Responsables: Jefe de Distrito de salud. Responsable de IEC y de programa local.
Falta de empoderamiento institucional para la atención	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de voluntad política en todos los niveles. - Falta de capacitación al personal de salud - Hay dependencia de financiamiento internacional para el subprograma. - Recurso humano polifuncional 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombramiento del personal que integra el comité de Chagas a nivel central por parte del despacho ministerial para coordinar actividades directamente con la participación de las áreas de salud. URGENTE – SUBPROGRAMA CHAGAS - Programación de jornadas de capacitación certificadas, dirigidas al personal de salud de los diferentes niveles, gestionado desde al área de salud. - Creación de un cronograma de asistencia técnica por parte del área de salud para el seguimiento de la calidad de atención al paciente con Chagas.
Falta de BNZ y de presentaciones pediátricas	<ul style="list-style-type: none"> - Falta gestión del programa de ETV. - No hay solicitud desde las áreas de salud. - Desinterés de farmacéuticas internacionales 	<ul style="list-style-type: none"> - Asignación de presupuesto para la compra de medicamentos e insecticidas. - Compra de tratamiento pediátrico. - Descentralización asignación de presupuesto. - Gestión y solicitud desde el área de salud de los medicamentos (BNZ y NFX y formulación pediátrica) hacia el programa de ETV nivel central. URGENTE – ÁREA DE SALUD.
Falta de insumos de laboratorio, EKG y pruebas diagnósticas	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de gestión y ejecución desde el área de salud - Presupuesto insuficiente - Corrupción de las autoridades - Falta de programación de tamizajes 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión por parte del área de salud con ONGs y otras instituciones para capacidad instalada de laboratorio en diagnóstico del Chagas y de pruebas complementarias. URGENTE – AREA DE SALUD

Mesa 3 .Vigilancia

Resultados de la discusión:

Directrices y Procedimientos (*)	Servicios/ Sistema de salud (*)
<ul style="list-style-type: none"> - La enfermedad de Chagas no es prioritaria para los tomadores de decisiones (5) - Falta de protocolos y normas de trabajo actualizados (4) - Falta de procedimientos de coordinación y gestión interinstitucional (5) - Falta de políticas públicas que considere la mejoría de vivienda, a nivel nacional (3) - Falta de coordinación interinstitucional (3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conocimientos y coordinación inter e intrainstitucional (5) - Falta de empoderamiento de Chagas en el personal de salud (5) - Centralización de los servicios de salud (4) - Discriminación hacia la población con Chagas (4)
Insumos/ Infraestructura (*)	Individuo/comunidad/sociedad (*)
<ul style="list-style-type: none"> - Falta completa de insumos (5) - Escasez de transporte (4) - Falta de mantenimiento de equipos (3) - Exceso de burocracia (2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de información para la acción integral en la comunidad (deforestación, hábitos de higiene, manejo de agua y enfermedad de Chagas) (5) - Falta profundizar los estudios en determinados temas (manejo de agua) (3) - Falta de capacitación a los maestros (5) - En los programas no se tiene en cuenta la falta de recursos económicos en la comunidad (4)

*La numeración al lado de cada barrera corresponde a una valoración en consenso para la priorización de las mismas. El valor 5 corresponde a la barrera con un consenso de priorización mayor.

Barreras VIGILANCIA	Causas raíces	Soluciones / Estrategias para Mitigar
Falta de información para la acción en: deforestación, hábitos de higiene, manejo de agua, Enfermedad de Chagas	<ul style="list-style-type: none"> - No hay un encargado en la comunidad de tener información para la acción - Falta de interés/ preocupación - Otros intereses en la población/ otras prioridades 	<p>Solicitar a la municipalidad ayuda para contrarrestar la deforestación</p>
Limitados recursos económicos en comunidad	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de conocimiento de alternativas - Falta de interés y apoyo del gobierno - Falta de una visión integral en producción y comercialización 	<ul style="list-style-type: none"> -Pedir al gobierno ayuda para mejorar la económica de las comunidades - Como recuperar actividades productivas antiguas (mano factura, alimentación, producción, agrícola plagas) - Avales legales a Cocodes para propuestas - Fomentar la creación de cooperativas agrícolas con visión integral de salud
Falta de temas integrados salud/ medio ambiente en las escuelas	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de capacitación de los maestros - Acostumbrados a enseñar temas aislados - Falta de visión de la utilidad de la enseñanza - Gente que llega a enseñar no vive en el lugar y no tiene interés en desarrollar el lugar 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitaciones a maestros, MSP, EVU, comunidad/ONGS/ municipalidad en temas relacionados a transmisión de Chagas (deforestación, hábitos de higiene, manejo de agua, y planificación fam.) -Solicitar al Min Educ. la integración de temas y utilidad de los mismos en el pensum de primeras y secundarios
Falta de conocimientos al personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento de la realidad e impacto de Chagas de parte del ministerio de salud - Falta de capacitación (integral) al personal de salud - No hay capacitación continua - Falta de voluntad por sobrecargo laboral 	<ul style="list-style-type: none"> -Solicitar capacitaciones integrales y continuas, en control de vector diagnóstico y tratamiento a todo el personal de las das - Mejorar y controlar la atención en nivel primario (puestos y centro)
Falta de empoderamiento de Chagas en el personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> - No hay prioridad de parte del ministerio de salud hacia las áreas de salud y otros de niveles - Desigualdad e interés del personal de salud en Chagas hacia los afectados No hay prioridad de parte del ministerio de salud hacia las áreas de salud y otros de niveles - Desigualdad e interés del personal de salud en Chagas hacia los afectados - Porque Chagas afecta a las personas de más escasos recursos 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinar y planificar cronograma de envío de muestra a nivel local en consenso con el área de salud

Barreras VIGILANCIA	Causas raíces	Soluciones / Estrategias para Mitigar
Discriminación hacia población con Chagas	<ul style="list-style-type: none"> - Por falta de conocimiento de la transmisión de Chagas - Falta de conocimiento en el trato a los pacientes infectados por parte del personal médico - El personal de salud que atiende no es de la comunidad 	- Ídem anterior
Falta de una política pública en mejora de vivienda	<ul style="list-style-type: none"> - Porque no es prioridad - Porque no se sabe de la importancia de la mejora de vivienda como cambio de la realidad de Chagas - Porque no existe presupuesto en el país - Porque la Universidad San Carlos no ejerce su rectoría en investigación a nivel de estado - Por una falta de comunicación y cooperación entre identidades 	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la descentralización en todos los aspectos de Chagas (más laboratorios más técnicos por distrito) -Darle valor a los pacientes de Chagas, en términos de costos al MSPAS (costo- beneficio)
Por la falta de prioridad y coordinación interinstitucional del tema de Chagas en los directores de áreas de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Por el desconocimiento en el tema de Chagas por parte de las altas autoridades - Porque tienen otras prioridades - Porque no se hace énfasis en la importancia de la enfermedad - Porque no hay cultura trabajo interinstitucional 	- Ídem anterior
Desconocimiento sobre su importancia en los tomadores de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de interés político - Porque ya se tuvo un logro - Falta de incidencia política por parte de donantes, técnicos, etc. 	- Idem anterior
Protocolos de trabajo y normas desactualizadas dado que la situación epidemiológica actual no es compatible con los protocolos y normas del 07' y 10'.	<ul style="list-style-type: none"> - Por los procesos centros (burocráticos) - Falta de presupuesto - Porque no es prioridad/ rotación de personal - Por la falta de incidencia política por parte de entidades donantes técnicas etc. 	- Mejorar el sistema de información en SIGSA y su capacitación respectiva.
Falta de Procedimientos de coordinación intrainstitucional, porque Chagas es asignado casi de forma exclusiva a vectores	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento por parte del resto de personal de salud - Por falta de formación en cuestiones de gestión respecto al tema - Por la falta de temas de gestión en el pensum de formación del personal de vectores 	- Involucramiento de diferentes disciplinas dentro de las áreas para control de Chagas

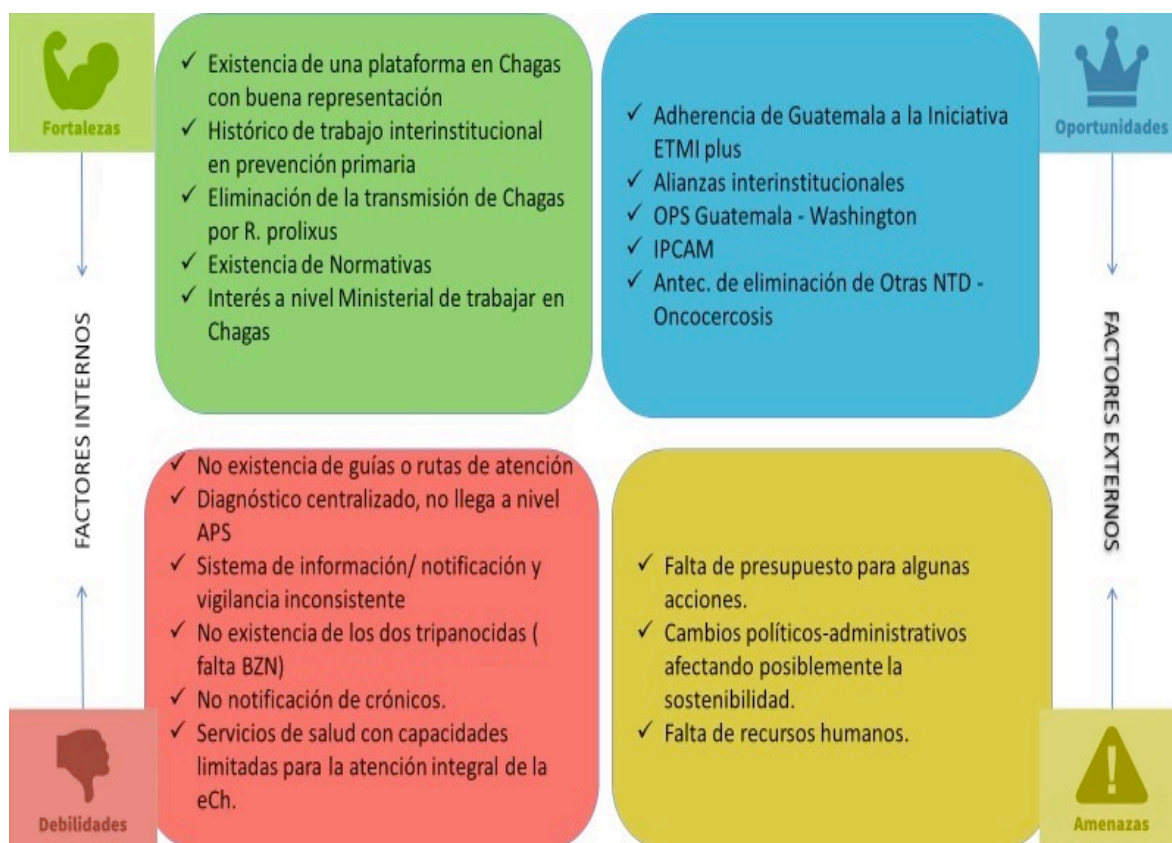
Barreras ETMI-Plus	Causas raices	Soluciones / Estrategias para Mitigar
Falta de registro de información/ Alta centralización y burocracia	<ul style="list-style-type: none"> - No hay estandarización de información/instrumentos - Desactualización tecnológica - Baja inversión comunicación continua - Falta de integración en los diferentes niveles - Falta de recursos humanos suficientes y capacitados 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptar a los sistemas ya existentes información para mejorar abordaje de la enfermedad de Chagas (diagnóstico, tratamiento, seguimiento de embarazos y neonatos) - Tornar el Chagas como una notificación obligatoria, - Creación de aplicaciones(modernización) para manejo de datos, vigilancia geo-posicionamiento)
No inclusión de Chagas en tamizaje prenatal/ No seguimiento de casos de mujeres y recién nacidos (+)	<ul style="list-style-type: none"> - No actualización de normas/socialización - Brecha entre normas e implementación - Falta de recursos humano capacitado - Falta de acceso a información adecuada para las madres embarazadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Estandarización de normas y guías de manejo - Integración de servicios en diferentes programas (crear guías prácticas) - Asegurar una atención integrada en el primer contacto con la embarazada - Presión política (desde el gobierno central), involucrando a todas las instituciones (abogacía incidencia, gestión, rendir cuentas)
Falta de equipos capacitados e insumos en centro salud	<ul style="list-style-type: none"> - Presupuesto con mala planificación - Baja priorización por parte de autoridades (a nivel central y a nivel local) - Baja sensibilización - Mala coordinación y fraccionamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer un diagnóstico y análisis epidemiológico como base para planificación técnica y presupuestaria - Crear un plan educacional continuo para capacitar a personal y agentes comunitarios (comadronas) - Incluir dentro del presupuesto a ETMI-plus Asegurar el abastecimiento de insumos en centros de salud (medicamentos, diagnóstico)
Falta de percepción de riesgo/ educación e información para comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Factores socioculturales - Falta de actualización de información (diagnóstico/tratamiento) /normas/educación (mensajes no adaptados a la comunidad) - Indiferencia de las autoridades (Mineduc, Municipio, Min. Salud) - Indiferencia, baja presencia de información en medios de comunicación - Falta de una mirada multisectorial 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar medios de difusión para expandir información - Fomentar la organización comunitaria - Crear y fortalecer programas de educación, comunicación e información continuo para agentes comunitarios de salud, comunidad para cambios de comportamiento - Fortalecer mensaje que Chagas puede tratarse - Fortalecer el diálogo con los líderes comunitarios - Adaptar el mensaje culturalmente - Desarrollo de un plan educacional con metodologías participativas - Empoderar y apoyar a comadrona - Fortalecer el compromiso inter/intra sectorial (vectores/ comadronas)

8. PRESENTACIÓN DE CONCLUSIONES DE ENTREVISTA Y ANALISIS DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Como cierre al seminario se hace la Presentación de las conclusiones del diagnóstico situacional, que se realizó en el mes de abril 2018, a través de visitas, entrevistas a personas claves y recolección de datos e información.

Esta presentación se realiza al final del seminario para evitar influenciar de manera directa en la discusión por mesa de trabajo.

Como síntesis se presenta una evaluación FODA de los tópicos sobresalientes emergentes durante el diagnóstico.



Conclusiones

Con relación a la prevención primaria

- Guatemala cuenta con una importante práctica histórica en cuanto a prevención primaria. Ha eliminado su principal vector *R. prolixus* en 2008, aunque actualmente presenta un nuevo panorama vectorial con eje en el T. D.
- A nivel de Banco de Sangre, el tamizaje para Chagas es sistemático con buen cumplimiento.
- En la actualidad el país cuenta con normas que son implementadas, aunque con limitaciones.

Con relación al sistema de vigilancia y la información.

- La información en cuanto a Chagas debe alinearse entre Áreas de Salud, Laboratorio Nacional y Epidemiología. Se requiere una recolección sistemática y oportuna de datos al sistema.
- No hay obligatoriedad para la notificación de la enfermedad de Chagas en la normativa vigente.

Con relación a la atención de las personas con enfermedad de Chagas.

- El departamento de Jutiapa (Área de Salud) cuenta con una red servicios públicos de salud que pueden articularse para mejorar la atención.
- El diagnóstico serológico de la enfermedad de Chagas está centralizado limitando la atención oportuna.
- A la fecha, solamente el área de Jutiapa cuenta con las capacidades y equipamiento para el diagnóstico fuera de Ciudad Guatemala (Laboratorio Nacional de Salud).
- Existen normativas de atención, pero se requieren rutas o guías prácticas con enfoque clínico.
- El país solamente cuenta con Nifurtimox como droga tripanocida.
- La atención de los casos en su mayoría está bajo control de epidemiología del Área de Salud de Jutiapa, y a nivel operativo el personal de enfermería de los servicios de salud tiene un importante liderazgo, faltando involucramiento de todo el personal de los servicios de salud.

En relación a las autoridades – Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y contrapartes que trabajan en Chagas.

- Continua siendo una enfermedad desatendida en el país.
- Existe un histórico en trabajo interinstitucional, con el antecedente del control de *R.p.*
- Hay interés compartido para implementar mejoras en la atención de Chagas.
- El país ha adscripto a la iniciativa ETMI plus para reducir la transmisión materno infantil.
- Existe una plataforma Chagas (comité técnico) formada, con muy buena representación de los organismos del ministerio, universidades, áreas de salud y OPS, con un fuerte interés en la Enfermedad de Chagas.