Continuamos con la unidad tres y cuatro del modulo 4**:** Estrategias e Intervenciones para la Eliminación de la Malaria. La cual tiene como **Resultado de Aprendizaje**

Determinar las medidas de implementación de la estrategia DTI-R, de acuerdo a los lineamientos nacionales e internacionales para la eliminación de la malaria

Unidad tres Estratificación del riesgo de malaria

Diapo 5

**Estratificación de riesgo para malaria**

La estratificación es una herramienta para ayudar a la **toma de decisiones** y es el primer paso en la **planificación** de operaciones.

Es un **proceso dinámico** que implica el análisis periódico de información.

Está determinada por la **Receptividad** y el **riesgo de importación,** **número absoluto de casos**, tanto en contextos de baja como de alta transmisión.

Debe realizarse, entonces, **en función de**:

* Intensidad de la transmisión (número de casos).
* Riesgo de importación del parásito (Vulnerabilidad).
* Receptividad.
* Incluye los focos, pero **no se limita a ellos**.

Para entender con claridad la estratificaciondel riesgo de malaria debemos tener claridad en dos concepto

* **Receptividad**

Se entendida como la habilidad del ecosistema de permitir la transmisión de malaria

* **Riesgo de importación**

Se entiende como el riesgo de importación de personas que provienen de zonas con transmisión activa de malaria

Diapo 6

**asignación del nivel** de riesgo que tiene cada municipio frente a malaria se organiza a partir de cinco estratos, El nivel de receptividad debe ser evaluado/mapeado a partir de la vigilancia entomológica que permita identificar las áreas más receptivas. La información histórica de malaria puede ser utilizada como un proxy cuando la información entomológica no exista.

**El riesgo de importación** del parásito debe ser evaluado/mapeado a partir del establecimiento de una vigilancia que identifique poblaciones a riesgo de importar casos y las áreas de mayor riesgo de recibir casos importados

La estratificación debe hacerse en función de: i) la intensidad de la transmisión (número de casos), ii) del riesgo de importación del parásito y iii) de la receptividad.

El objetivo final de la estratificación es clasificar las unidades (distritos, municipios, barrios/veredas) en estratos en función de los datos epidemiológicos, del riesgo de importación del parasito y de la información disponible de receptividad.

* **Estrato 1**: No receptivo.
* **Estrato 2**: Receptivo, sin casos autóctonos en los ultimos 10 años y sin riesgo de importación del parasito. Incluye focos eliminados, sin casos importados o sin inmigración desde territorios endémicos.
* **Estrato 3**: Receptivo, sin casos autóctonos en los ultimis 3 años, y con riesgo de importación del parásito. Incluye focos eliminados, con casos importados o con inmigración desde territorios endémicos.
* **Estrato 4**: Receptivo, con casos autóctonos y riesgo de importación. Incluye focos activos y residuales. El número de casos por unidad de salud por semana es igual o menor a 3.
* **Estrato 5**: Receptivo, con casos autóctonos y riesgo de importación. Incluye focos activos y residuales. El número de casos por unidad de salud por semana es mayor a 3.

Diapo 7

La información requerida para estratificar incluye:

1. **Casos autóctonos de malaria de los últimos años**.
2. **Información sobre el riesgo de importación del parásito**: casos importados por localidad y conocimiento local de la movilidad de la población desde territorios endémicos.
3. **Información sobre la receptividad**.
4. **Listado de las unidades geográficas georreferenciadas** (ubicadas en un mapa) a nivel de la cual se realizará la estratificación.

Continuamos con la ultima unidad del modulo 4

Unidad 4 : Micro-estratificación y  micro-planificación de la malaria.

Diapo 10

Micro- estratificación : Tiene como objetivo  generar los insumos necesarios para organizar las acciones de diagnóstico tratamiento, investigación  y la respuesta.

Cuyos elementos fundamentales son :

* Identificación de los focos
* Análisis de la dinámica de  transmisión  en los focos.
* Caracterización  de las micro-redes de atención (brechas barreras, necesidades).
* Levantar “hipótesis” sobre la transmisión, el mantenimiento de la transmisión las dinámicas sociales que la determinan y en consecuencia la clave para impactarlas
* Generar los insumos necesarios para organizar las acciones de diagnóstico tratamiento, investigación (micro-redes)  y la respuesta.

Micro- planificacion: **Organización de las acciones de diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta**

**Los elementos fundamentales son :**

1. Énfasis en organizar las búsquedas pasivas.
2. Dirigir orientar y estimular la demanda.
3. Articulación  en una red de los diferentes actores de la micro-red.
4. Optimizar la búsqueda activa.
5. Optimizar la medidas de control vectorial de mosquitos adultos.
6. 6.Ejercicio dinámico  con ciclos semanales de análisis y reorganización de acciones.
7. Modelo local de supervisión.

Diapo 11

**Pasos para la identificación y caracterización de las UNOPIS de malaria**

La información necesaria para la micro-estratificación se obtiene de: i) la revisión de datos en las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), ii) entrevistas a los trabajadores de la salud de las IPS, promotores/colaboradores voluntarios, gestores comunitarios del riesgo en salud, pacientes y vecinos de la comunidad, y iii) visitas a barrios/veredas principales para comprender variables clave relacionadas con la dinámica de la transmisión, las barreras de acceso a los servicios las condiciones de vida y las dinámicas de la población.

Este procesos lleva 5 pasos que permite llegar a la identificación de las UNOPIs:

Paso 1: **Conocer la dispersión de casos en el territorio.**

Paso 2: **Entender los factores que afectan (o pueden afectar) la transmisión**

Paso 3:**Agrupar las localidades en micro-áreas.**

paso 4: **Caracterizar las micro-áreas en términos de la organización del DTI-R.**

Paso 5: **Establecer una hipótesis de transmisión, su mantenimiento, las dinámicas sociales que la determinan y en consecuencia, las claves para impactarla.**

Los primeros **cuatro pasos** pueden realizarse en oficinas, con las autoridades sanitarias. El **quinto paso** tiene lugar en campo, en las localidades.

Diapo 12

Una vez realizada la micro-estratificación y caracterizada la UNOPI (en términos de la **red de diagnóstico y tratamiento**), se planificará la respuesta

1. ESTUDIAR LA MICRO-EPIDEMIOLOGIA
2. IDENTIFCAR LOS FACILITADORES LOCALES DE LA TRANSMISION
3. IDENTIFCAR LAS BARRERAS Y BRECHAS QUE EXISTEN PARA

* DIAGNOSTICAR
* TRATAR
* INVESTIGAR
* Generar respuesta.

Es posible que existan dudas para establecer el límite de una UNOPI o que persistan las dudas sobre dónde ubicar una localidad. En estas situaciones se debe pensar en qué diferencias existirían en la respuesta o micro-plan, si no hay diferencias, mejor considerar una sola UNOPI.

Diapo 13

**Objetivo operativo: Organizar el DTI-R en el foco**

Una vez definidas y caracterizadas las UNOPIs se realizará la micro-planificación o plan de respuesta para reducir y eliminar la transmisión en los focos

**Implementar los procesos de detección–tratamiento-investigación-respuesta y monitorear los resultados**

1. El diagnóstico parasitológico deberá establecerse idealmente en los primeros 2 días del inicio de los síntomas.
2. El tratamiento deberá iniciarse en el mismo día del diagnóstico.
3. La investigación de caso con búsqueda reactiva de casos a los primeros 7 días desde el inicio de los síntomas o en los primeros 3 días desde el diagnóstico del caso índice

Diapo 14

**Objetivo operativo: Organizar el DTI-R en la UNOPI**

Para facilitar la organización de la red de atención y los procesos de vigilancia y evitar fraccionar la respuesta, puede ser útil que, además de los elementos epidemiológicos, se tenga en cuenta que la unopi coincida con el área que le corresponde cubrir a un equipo local de salud.

Básicamente para garantizar un buen funcionamiento de una UNOPI se de debe, organizar en cada área donde deben estar ubicados los puestos diagnostico, en que lugares es mas pertinente ubicar:

puesto de microscopia

puesto de PDR.

Puesto de salud con PDR

Gestor de UNOPI: a traves de la supervision a los gestores comunitarios, distribución de medicamentos y el manejo de la información; siempre buscado que una persona tenga acceso a diagnóstico y tratamiento desde cualquier localidad de la UNOPI a menos de 2 horas.

Diapo 15

El micro-plan para cada UNOPI es en realidad en el Plan de implementación del DDTI-R… Más que un “plan” se trata de la estrategia local o del modelo local para implementar un diagnóstico-tratamiento-investigación y respuesta, pronta en cada una de las UNOPIs

Diapo 16

LA planeación a nivel local es la clave junto con la intervenciones de control vectorial, conducira los focos activos a residuales a focos eliminados

Diapo 17

Gestión de focos

Se refiere al conjunto de acciones dirigidas a coordinar, supervisar y apoyar la eliminación de malaria en las unidades más básicas de la operación (focos)

* Coordinación de la red local de DTI-R en el foco (microplan): en donde una de las principales actividades es la supervisión de los puntos de detección y diagnóstico y demás unidades de salud de la red, con una periodicidad que puede depende del contexto y las dificultades operativas; Igualmente no se debe olvidar realizar los ajustes a la micro-estratificación y micro-planificación entendiendo que un ejercicio dinámico sujeto a revisarse con base en los cambios en el comportamiento de la malaria y la dinámica de transmisión.
* Gestión de medicamentos e insumos: Todo punto de diagnóstico debe tener medicamentos disponibles permanentemente, para asegurar que el tratamiento inicie inmediatamente y siempre en primeras 24h desde el diagnostico. Por este motivo el suministro de antimaláricos, pruebas rápidas de diagnóstico y los insumos de microscopía debe ser una prioridad entre las acciones que aquí se promueven como “gestión del foco”.
* Coordinación de acciones con otros niveles (municipio, región) incluyendo el control vectorial: Un aspecto principal en la organización de la operación del DDTI-R en los focos, es la necesidad de la gestión con múltiples actores, más allá de los directamente involucrados en la respuesta en malaria.
* Apoyo en el manejo y análisis de datos: El análisis de datos es la inteligencia de la operación de malaria, y una función del equipo local. La operación debe ser analizada a nivel del foco.

Dipao 18

**Prioridades. Asegurando la gestión básica**

La sectorización es útil para organizar la operación y la prioridad debe estar en asegurar la existencia de un personal de campo con asignación a territorios específicos (focos, UNOPIs) y con la logística necesaria para garantizar las siguientes funciones básicas:

1. Suministro de medicamentos, pruebas de diagnóstico rápido e insumos de microscopia a los puestos de detección y diagnóstico

2. Red diagnostica : Instalación y supervisión de los puestos de detección y/o diagnóstico

3. Análisis: Recolección y manejo de información de los puestos de detección y/o diagnóstico

4. **Respuesta :** Apoyo en búsqueda reactiva o búsqueda proactiva

5. **Control vectorial:** Apoyo a la planificación, implementación y supervisión de acciones de control vectorial

Dipao 19

Diapositiva que es animada va saliendo y explicando cada tema primero la tabla segundo el perfil y tercero los equipos como se describe a continuación.

Parte 1:

El microplan para cada Unopi es en realidad en el Plan de implementación del DDTI-R lo cual se constituye un modelo local para implementar un diagnóstico-tratamiento- y respuesta pronta.

Para caracterizar esta acción de coordinación de la operación de malaria (gestión del foco), conviene diferenciar estas acciones de aquellas que constituyen la cascada de procedimientos de atención y respuesta que se desencadenan, en el ámbito de la atención individual, ante la sospecha de cada caso de malaria (DDTI-R).

Para gestionar de manera adecuada un foco es necesario contar con dos equipos fundamentales para el trabajo en terreno:

\***Equipo local:** personal de la unidad de salud cabeza de red con funciones de vigilancia epidemiológica o de coordinación de la red local

\*\***Equipo de soporte:** equipo multidisciplinario del nivel administrativo correspondiente (municipio, región), o equipo del programa de malaria, o equipo externo de apoyo temporal

**Y un Equipo de Gestión:**Se constituye de un equipo multidisciplinario (equipo local o equipo del programa de vectores) responsable de la coordinación de varios focos dentro de su territorio con funcionarios responsables de sectores (focos) específicos para las tareas de supervisión de campo, que participa desde un nivel administrativo de salud al que corresponda el foco (municipio, región) que asuma el soporte técnico y administrativo para la ejecución del microplan y la gestión con instancias superiores (región, nacional).

Dipao 20

El personal de salud del equipo local (unidad de salud y colaboradores voluntarios) debe desarrollar capacidades de análisis para orientar las acciones. Independiente de la carga de malaria, el personal de la primera línea involucrado en la detección y reporte de casos, debe ser también el principal usuario de la información.

una persona debe asumir la función permanente de coordinación de los procesos de información del respectivo foco, incluyendo rutinas semanales de análisis, la retroalimentación a los puntos de detección y la generación reportes periódicos a los niveles que corresponda.

Datos mínimos para generar:

• **Número de casos nuevos** por lugar de residencia, probable lugar de infección, lugar de examen.

• **Número de muestras examinadas** y positividad por localidad y por puesto de diagnóstico (microscopia o PDR).

• **Número de examinados y positividad**, para guiar decisiones acerca de donde hay necesidad de aumentar la cobertura de diagnóstico

• **Casos por especie** .

• **Tiempos entre el inicio de los síntomas**, el diagnóstico, el tratamiento e investigación/respuesta.

• **Seguimiento de los pacientes**, incluyendo % de pacientes con tratamiento supervisado

• **Casos por edad y grupos especiales** (embarazadas)

• **Porcentaje de casos investigados;** casos de transmisión local versus casos importados

• **Cobertura por control vectorial** a nivel de localidad.