



XI Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis IACO 2001



¿Qué tan cerca estamos de la
eliminación de la Oncocercosis?



XI CONFERENCIA

Interamericana sobre
Oncocercosis

México, D.F., 27 al 29 de noviembre de 2001



XI Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis IACO 2001

Relatoría

México, D.F., 27 al 29 de noviembre de 2001

Portada: Fotografía de un grupo de niños de la Finca Montecarlo, Municipio Chicacao, Departamento Suchitepéquez, Guatemala.
Producción: Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA).
Edición: Licda. Alba Lucía Morales y Dr. Alfredo Dominguez Vásquez, con la asistencia del equipo técnico de OEPA.
Diagramación: Doz Gráfico.
Imprenta: CIFGA.
Tiraje: 350 ejemplares.
Lugar y Fecha: Guatemala, Octubre 2002.

Dirección oficina de OEPA
14 Calle 3-51 Zona 10
Edificio Murano Center
Oficina 801. 01010, Guatemala
Tel.: (502) 366 61 06 – 09
Fax: (502) 366 61 27
Email: oeпа@guate.net

Tabla de Contenido

Misión de OEPA	5
Instituciones y autoridades nacionales involucradas en la Iniciativa Regional	6
Introducción	7
Sesión Inaugural	8
Participantes	9
Presentación metodológica de la Conferencia	10
Mensajes de la Sesión Inaugural	11
Notas Aclaratorias	18
SESIÓN I ¿Cómo van nuestras coberturas de tratamiento?	
Brasil	19
Colombia	21
Ecuador	22
Guatemala	25
México	26
Venezuela	28
La Región	30
Conclusiones Sesión I	33
“Revisión del impacto alcanzado en la eliminación de la oncocercosis, a través del tratamiento con Mectizan en las Américas”	36
SESIÓN II ¿Qué tan cerca estamos de eliminar la morbilidad?	
Brasil	38
Colombia	39
Ecuador	40
Guatemala	41
México	41
Venezuela	42
Conclusiones Sesión II	44

SESIÓN III ¿Qué tan cerca estamos de suprimir la transmisión?

Brasil	46
Colombia	47
Ecuador	49
Guatemala	52
México	53
Venezuela	58
Conclusiones Sesión III	62

SESIÓN IV Delimitación del área endémica de oncocercosis en las Américas

Brasil	64
Colombia	67
Ecuador	68
Guatemala	70
México	71
Venezuela	72
La Región	73
Conclusiones Sesión IV	75

SESIÓN V ¿Qué modelos de distribución estamos utilizando?

Brasil	76
Colombia	78
Ecuador	79
Guatemala	81
México	82
Venezuela	86
Conclusiones Sesión V	88

Conclusiones y Acuerdos de la Conferencia 89

Anexos

Anexo 1	Agenda de IACO 2001	91
Anexo 2	Lista de asistencia IACO 2001	94

Misión de OEPA

Con base en la Resolución XIV, de la XXXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1991), OEPA tiene la misión de: “eliminar la oncocercosis como una amenaza a la salud pública de cuatro millones de personas en América, para el año 2007, mediante la implementación de programas efectivos, seguros y localmente sostenibles para la distribución de Mectizan[®] en todas las localidades endémicas, dentro del marco de una estrategia regional coordinada”.

Instituciones y autoridades nacionales involucradas en la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA)

Instituciones involucradas

Centro Carter Inc.; Fundación Internacional Club de Leones; Banco Interamericano de Desarrollo; Organización Panamericana de la Salud; Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de EUA; **Brasil:** Fundación Nacional de Salud, Fundación URIHI, Misiones Evangélicas de la Amazonía, Misión Nuevas Tribus del Brasil, Médicos del Mundo, Instituto Nacional de Pesquisas Amazónicas, Asociación SECOYA, Instituto de Desarrollo Social; **Colombia:** Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Dirección departamental de Salud del Cauca, Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Valle, Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM); **Ecuador:** Ministerio de Salud Pública, Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, Jefatura de Área de Salud Borbón, Vicariato Apostólico de Esmeraldas-CECOMET, Desarrollo Comunitario Vozandes-HCJB, Christoffel Blindenmission, Stewardship Foundation; **Guatemala:** Ministerio de Salud, Instituto del Seguro Social; **México:** Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca; **Venezuela:** Ministerio de Salud, Instituto de Biomedicina, Centro Amazónico de Investigaciones y Control de Enfermedades Tropicales “Simón Bolívar”.

Directores y coordinadores actuales de los Programas Nacionales:

Director y coordinador respectivamente: **Brasil:** Dr. Joao Batista F. Vieira; **Colombia:** Dr. Santiago Nicholls; **Ecuador:** Dr. José Rumba y MSc. Juan Carlos Vieira; **Guatemala:** Dr. Julio César Castro y Dr. Pedro Yax; **México:** Dr. Jorge Méndez; **Venezuela:** Dr. Jacinto Convit y Dr. Harland Schuler.

Responsables de la implementación del Programa a nivel estatal/departamental en los países:

Brasil: Dr. Ipojucan Costa, Sra. Claudete Schuertz y equipos de las organizaciones involucradas en el programa; **Colombia:** Dr. Iván Mejía, Sra. María Cenayda Riascos y Sra. Emilia Torres; **Ecuador:** Obst. Raquel Lovato, Lcda. Mónica Márquez, Lcda. Cinthia Caicedo; **Guatemala:** Directores de las 7 Áreas de Salud endémicas y Coordinadores de Enfermedades Transmitidas por Vectores en esas Áreas; **México:** Dr. Salustio Nájera y Dr. Ramón Segura; **Venezuela:** Dr. Carlos Botto, Dra. Marisela Escalona, Dra. Helena Villarroel, Dr. Jorge Maldonado, Dra. Zoraima Zapata, Dr. José Pimentel, Dr. Eusebio Plasencia y Dra. Angela Hamilton.

Comité coordinador de OEPA (PCC)

Presidente del PCC (y representante del CDC): Dr. Robert Klein; Representantes Centro Carter: Dr. Frank Richards y Sr. Craig Withers; Representante de OPS: Dr. John Ehrenberg; Representante Fundación Internacional Club de Leones: Sr. Agustín Soliva; Representante de los países miembros: Dr. Julio Castro; otros miembros: Dr. Ed Cupp, Dr. Roberto Proaño, Dr. Charles Mackenzie.

Equipo de OEPA

Director: Dr. Mauricio Sauerbrey; Asesor Experto: Dr. Guillermo Zea; Consultor en Epidemiología: Dr. Alfredo Domínguez; Consultora en Educación para la Salud: Lic. Alba Lucía Morales; Consultor en Sistemas de Información: Lic. Giovanni Ruano; Oficial Financiero y administrativo: Lic. Luis Erchila; Asistentes de administración: Sr. Juan Carlos Solares y Sr. Oswaldo Mejía; Secretarías: Sra. Silvia Sagastume y Sra. Carolina Aguilar.

Introducción

Desde hace una década, OEPA y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han convocado anualmente a los representantes de los seis países endémicos de oncocercosis en las Américas, para que participen en las Conferencias Interamericanas sobre Oncocercosis (IACO). OEPA y las Conferencias reciben apoyo financiero del Centro Carter/Fundación Internacional del Club de Leones, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y de la OPS.

El propósito de esta Conferencia anual es propiciar un espacio de encuentro e intercambio de experiencias entre todos los involucrados, a partir de la revisión y el análisis de la situación de cada programa nacional y de la Iniciativa Regional en su conjunto. Este encuentro permite, con la participación de todos, generar propuestas y nuevos enfoques que ayuden a avanzar hacia la meta regional de eliminación de la oncocercosis.

La Undécima Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis (IACO 2001) se llevó a cabo del 27 al 29 de noviembre de 2001, en la ciudad de México DF, México. El tema central fue “¿Qué tan cerca estamos de la eliminación de la oncocercosis?”. El marco de referencia para responder a esta pregunta lo constituye el documento “Certificación de la eliminación de la oncocercosis humana: Criterios y Procedimientos” de la OMS cuya versión impresa fue distribuida en esta Conferencia. En esta ocasión participaron entre otras personalidades, el Dr. Julio Frenk Mora, Secretario de Salud de México, el Sr. Jimmy Carter, expresidente de los Estados Unidos y Presidente del Centro Carter y la Dra. María Neira, Directora de la División para el Control, Prevención y Erradicación de Enfermedades Transmisibles, (OMS, Ginebra).

Con el fin de analizar en qué situación está cada país y la Región en el camino hacia la eliminación de la oncocercosis, se establecieron temas de discusión con base en las etapas del proceso.

En cada una de las Sesiones se incluyeron, de acuerdo con los temas, las exposiciones de los conferencistas invitados.

Copias escritas, archivos en medio electrónico de las exposiciones y el video que registra el desarrollo del evento, están disponibles en las oficinas de OEPA.

Sesión Inaugural

La ceremonia de apertura de IACO 2001 fue presidida por las autoridades de salud de México y por representantes de las diferentes organizaciones invitadas e involucradas en la Iniciativa Regional:

Dr. Julio Frenk Mora

Secretario de Salud de México

Sr. Jimmy Carter

Expresidente de los Estados Unidos y Presidente del Centro Carter

Dr. Roberto Tapia Conyer

Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud, Secretaría de Salud de México

Dr. Mauricio Sauerbrey

Director OEPA

Dr. John Hardman

Director Ejecutivo del Centro Carter

Dra. María Neira

Directora de la División para el Control, Prevención y Erradicación de Enfermedades Transmisibles, OMS, Ginebra

Dr. Rafael Aragón Kuri

Secretario de Salud del Estado de Oaxaca, México

Dr. Ángel René Estrada Arévalo

Secretario de Salud del Estado de Chiapas, México

Dr. Stephen Corber

Director de la División para la Prevención y Control de Enfermedades, OPS, Washington

Dr. Oscar Velázquez Monroy

Director General del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Secretaría de Salud de México

Dr. José Luis Román

Director Gerente de Merck Sharp & Dohme en México

Dr. Fernando Rojas

Representante del Club de Leones

Dr. Jorge Méndez Galván

Director Nacional del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vector, Secretaría de Salud de México

Participantes

Como todos los años, asistieron un mínimo de dos representantes de cada uno de los seis países endémicos en las Américas, los miembros del Comité Coordinador del Programa (PCC), representantes de las instituciones involucradas en la Iniciativa Regional como OPS, Club de Leones, Merck Sharp & Dohme (MSD), Comité de Donación de Mectizan[®] y los miembros del equipo técnico de OEPA. En esta Conferencia, por el país anfitrión se contó con la participación de una nutrida delegación, tanto del personal de campo del programa mexicano como de las autoridades de salud de las zonas endémicas.

La lista de asistencia se presenta en el **Anexo 2**.



Presentación Metodológica de la Conferencia

Tradicionalmente, la estructura de las Conferencias Interamericanas sobre Oncocercosis (IACO) contemplaba una presentación de cada Programa Nacional, en la cual se abordaban todos los componentes del Programa. Posterior a esta presentación, había una sesión de discusión, preguntas y recomendaciones sobre la situación del Programa que se estaba revisando en ese momento. Este año, se puso en marcha una nueva metodología que consistió en la organización de una sesión por cada tema, con la participación de todos los programas nacionales en cada sesión. Además, las conferencias de expertos invitados se ubicaron en cada sesión de acuerdo con el tema.

Teniendo en cuenta que el tema de la conferencia fue “¿Qué tan cerca estamos de la eliminación de la oncocercosis?”, los temas de las sesiones se organizaron de tal manera que a través del desarrollo de la Conferencia se fuera dando respuesta al tema central.

- Sesión I:** ¿Cómo van nuestras coberturas de tratamiento?
- Sesión II:** ¿Qué tan cerca estamos de eliminar la morbilidad?
- Sesión III:** ¿Qué tan cerca estamos de suprimir la transmisión?
- Sesión IV:** Delimitación del área endémica de oncocercosis en las Américas
- Sesión V:** ¿Qué modelos de distribución estamos utilizando? Nuestras experiencias

Contenidos:

Con el fin de estandarizar la presentación de cada uno de los temas, OEPA elaboró y envió a los países una Guía metodológica que incluía los puntos básicos para la presentación de cada Programa Nacional en las sesiones por tema. En la mayoría de los casos, la información se solicitó en cuadros y se indicó que sería ideal acompañarlos con gráficas para facilitar la visualización.

En cada sesión:

- Hubo una introducción al tema
- Hubo un coordinador y un relator
- Todos los países expusieron sobre el mismo tema
- Se incluyeron las ponencias de los conferencistas invitados sobre el tema respectivo
- Con base en la información expuesta, hubo discusión promovida y moderada por un coordinador
- Con base en la discusión, el coordinador y el relator formularon conclusiones que hicieron parte de las conclusiones generales de la Conferencia.

Mensajes de la Sesión Inaugural

Dr. Roberto Tapia Conyer

*Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud
Secretaría de Salud de México*

La campaña contra la oncocercosis en México comenzó en 1930, cuando detectaron localidades con alta prevalencia de ciegos producto de la enfermedad.

- En 1979 se diagnosticó el último ciego
- En 1991 México aceptó la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Oncocercosis, durante la primera IACO realizada de manera conjunta entre Guatemala y México. Entonces el Programa mexicano se modificó integrando las siguientes estrategias:
 - ▶ Tratamiento masivo con Mectizan en localidades endémicas
 - ▶ Extirpación de oncocercomas al menos una vez al año.
 - ▶ Promoción de la salud para lograr adherencia terapéutica de la población
- Se debe destacar que en México el Programa de Oncocercosis es un Programa verdaderamente de Estado en el cual la decisión política está por encima de los planteamientos de las diferentes administraciones federales y estatales.
- Este Programa es una demostración de que Programas que se ven con perspectiva de Estado son Programas que tienen éxito. Se trata de una nueva visión de la Salud Pública: La Salud Pública como política de Estado.
- En 1998, como consecuencia de una revisión técnica, se fortalecen las acciones, se incrementan las coberturas de tratamiento con Mectizan.
- A los 10 años, se ha logrado eliminar la transmisión de la oncocercosis en Oaxaca y en el foco Norte o Chamula de Chiapas. También se ha logrado una reducción importante en el foco Soconusco de Chiapas.
- También estamos abiertos a la búsqueda, junto con el Programa Regional, para acortar los tiempos para la eliminación de la enfermedad. En los últimos años se han descrito varios estudios sobre la bacteria llamada Wolbachia que parasita las filarias adultas. Estas bacterias al ser tratadas con antibióticos parecen afectar la viabilidad de los gusanos adultos.
- México quiere confirmar, su espíritu de cooperación con América Latina e intercambiar experiencias en el marco de estas Conferencias.

Dra. María Neira

Directora de la División para el Control, Prevención y Erradicación de Enfermedades Transmisibles, OMS, Ginebra

- Los orientales con su gran filosofía dicen que cuando uno está a punto de alcanzar la cima de la montaña que está escalando, todavía le queda la mitad del trabajo por hacer. Nosotros, en el camino hacia la eliminación de la oncocercosis, estamos muy cerca de la cima. Los países han conseguido un reto fundamental que se traduce en el compromiso político que han señalado las personas que me antecedieron. Sin ese compromiso político nada hubiera sido posible.
- Nos hallamos pues en la fase crucial en donde todavía falta un empuje final. Es muy importante mantener ese esfuerzo para llegar a la cima.
- Cada vez vemos más claramente que la Salud Pública no involucra solamente al sector oficial si no que las alianzas con el sector privado juegan un papel muy importante. En el caso de la iniciativa para eliminar la oncocercosis, la participación de Merck, con la donación del Mectizan, ha permitido que este esfuerzo fuera posible.
- Vemos también cómo se involucran personalidades como el Presidente Carter y cómo la contribución de todos ustedes, de OEPA en este partenariado que se creó entre todos, va a ser fundamental para los próximos años para continuar con el proceso hacia la eliminación.
- La OMS viene para decirles que está dispuesta a acompañar a los países en este último esfuerzo que va a ser difícil porque se trata de los últimos metros donde ya uno cree que lo consiguió y todavía hace falta mantenerse en el esfuerzo.
- Tenemos experiencias que podrán ser útiles en este caso, como la iniciativas para la eliminación de la Lepra y la erradicación del Gusano de Guinea.
- La OMS está feliz de participar en este partenariado, sobre todo con ustedes, los países que son quienes tienen que acabar y llegar a esa cima.

Dr. Mauricio Sauerbrey

Director OEPA

- Han pasado 11 años desde que se realizó el primer IACO y 9 años desde que se inició la ejecución del Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas, OEPA. En este momento ya tenemos la ruta crítica que se deberá seguir para llegar a la eliminación, la cual ha quedado consignada en la publicación “Certificación de la eliminación de la oncocercosis humana: Criterios y Procedimientos” de la OMS.
- En este momento es preciso y oportuno que hagamos una breve revisión de las conclusiones a las que llegamos en el IACO anterior:

Compromisos adquiridos en el IACO 2000, un año después

Compromiso	Cumplimiento
1. Se acordó que todos los países asumían el compromiso de dar tratamiento cada 6 meses, en todas las comunidades endémicas, con una cobertura mayor del 85% de los elegibles.	1. Brasil, Colombia, Ecuador y México cumplieron para la primera ronda del 2001.
2. Los países reportarían la información de tratamiento por ronda y por comunidad.	2. Brasil, Colombia, Ecuador, México y Venezuela han cumplido con el reporte aunque con problemas de oportunidad. Guatemala empezó a reportar el último trimestre.

- El Comité Coordinador de OEPA (PCC) escogió como tema central para este IACO “Qué tan cerca estamos de la eliminación” precisamente para que cada país tuviera la oportunidad de situarse en esa ruta crítica y determinar en qué punto se encuentra en el camino hacia la eliminación.
- Durante el mes de junio del presente año se celebró una reunión del Grupo Internacional para Erradicación de Enfermedades, en el Carter Center. Después de conocer la situación de la oncocercosis en las Américas, este grupo concluyó que *“es clara la factibilidad técnica para eliminar la morbilidad e interrumpir la transmisión en la Región, usando las herramientas de las que se dispone actualmente”*.
- Sin embargo, este grupo manifestó su preocupación por el gran esfuerzo que deberán hacer los Programas Nacionales para alcanzar y mantener coberturas por encima del 85%, en cada una de las rondas semestrales, por todos los años que se requiere. En consecuencia, debemos concentrar todos nuestros esfuerzos y focalizar todos nuestros recursos para lograr esa meta.
- Es preciso agradecer en estos momentos la invaluable ayuda que recibimos del Club de Leones y de Merck Sharp and Dohme.
- Espero que al terminar esta reunión, cada uno de los países se haya situado en la ruta hacia la eliminación de la oncocercosis y tengamos claro lo que hace falta por hacer. Quiero terminar diciendo “No dudemos sino que actuemos, el futuro no es más que el momento siguiente”.

Expresidente Jimmy Carter Presidente del Centro Carter



Quiero expresar mis agradecimientos a los líderes de la lucha contra la oncocercosis, particularmente al Dr. Frenk, a los Secretarios de Salud de Chiapas y Oaxaca, a los líderes de Guatemala, Venezuela, Colombia, Ecuador y Brasil, a OPS, a CDC, a OMS y por supuesto, a Merck.

Hace 15 años el Director de Merck, vino a Atlanta a decirnos que habían hecho el asombroso descubrimiento que uno de sus medicamentos de uso veterinario, también podía prevenir la oncocercosis y nos pidió desarrollar un programa a través del cual se distribuyera esta medicina sin desperdicio y sin que mermara las ventas de sus otros productos veterinarios. Merck se merece todo nuestro elogio por su gran generosidad.

También a mis compañeros Leones; Ellos han sido muy generosos. Desde 1925, el Club de Leones ha adoptado la vista como su principal compromiso con el mundo. Actualmente, el Club de Leones y CCI han distribuido a las personas con oncocercosis o en riesgo de padecerla millones de tratamientos cada año. Estoy muy orgulloso de este trabajo, la mayoría de casos se encuentran en Africa, como saben. Tenemos programas en 35 países de Africa y el CCI se ha unido a este esfuerzo en América Latina y comparte la responsabilidad de coordinación de este programa.

Hemos logrado éxitos maravillosos con el trabajo que todos ustedes y sus predecesores han hecho. Este programa inició en 1990 y es un proyecto que cumple con uno de los principios básicos del CCI. Cuando fui electo presidente en 1971, uno de los mayores compromisos de mi gobierno sería el promover los derechos humanos e hice de cada uno de mis embajadores, embajadores de derechos humanos. Inicié una campaña personal para tratar de cambiar los gobiernos totalitarios y autoritarios en democráticos. Condenamos la tortura, prisión y privación de la libertad de personas por sus creencias políticas.

Cuando dejé la Casa Blanca, inicié un compromiso serio con los derechos humanos. Puede ser de interés para ustedes conocer que al desarrollar proyectos de derechos humanos, hemos hecho énfasis en la salud, lo que incluye a la oncocercosis, dracunculiasis, schistosomiasis y tracoma.

¿Por qué equiparamos a los derechos humanos con el cuidado de la salud? Creemos que las personas de todos los países tienen derecho a ser tratadas con equidad y muy a menudo los que padecen una enfermedad discapacitante como la oncocercosis son las personas olvidadas, las ignoradas, las más pobres, quienes no tienen voz política poderosa, y quienes son fácilmente controlables por las sociedades. Un programa como el nuestro, que lucha contra la oncocercosis, genera entre la propia gente confianza en su gobierno, y el programa de salud debe ser honesto, legítimo y eficaz para que la confianza se genere y cuando el último caso de oncocercosis se conozca, esta confianza se vea justificada.

El programa de salud que estamos discutiendo aquí también transforma el status económico de las personas. Tal vez por miles de años, en comunidades de África, las personas han sido forzadas a abandonar las tierras fértiles, cercanas a las riveras de los ríos y riachuelos donde viven estas moscas que causan la enfermedad. Esta enfermedad que causa picazón, decoloración de la piel y finalmente, ceguera.

Este programa también hace que la gente se una, es muy importante para mi ver altos representantes de 6 países diferentes que deben compartir cosas entre sí y logran alcanzar estos objetivos que hubieran sido imposibles de lograr de otra manera y creo que es un factor importante en la vida humana y es un derecho humano básico.

La paz proviene de vidas satisfactorias; la paz viene de personas con auto-respeto. Algunas veces olvidamos que quizás estas personas jamás hayan experimentado el éxito en toda su vida y ver la erradicación de una enfermedad es un logro tremendo. Dudo que alguno de nosotros haya alguna vez sido afectado por la oncocercosis, pero si su familia ha sido afectada por la enfermedad y ahora ya no sufre del miedo de contraerla, esto significa un fantástico paso adelante; que yo, al tomar la medicina apropiada y por medio de la cooperación pueda cambiar mi vida y la de mi esposa, y saber que mi hijo de 5 años ya no tiene microfilarias en su cuerpo.

Hemos aprendido, debido a su buena labor, algo que no sabíamos hace algunos años: que si distribuyen esta medicina, ivermectina o Mectizan, dos veces por año y se alcanza el 85% de la población aunque la mosca pique, ya no transmitirá microfilarias a las personas y la enfermedad se interrumpe. Incluso tenemos esperanzas de que los gusanos adultos, encerrados en los cuerpos de las personas infectadas, puedan ser eliminados. Tenemos esperanza de que esta enfermedad pueda ser completa y verdaderamente eliminada para siempre.

En enero tendremos la 2ª. reunión del Grupo de Trabajo Internacional para la Erradicación de las Enfermedades (ITFDE). El propósito es analizar cada enfermedad humana en la tierra para evaluar cuál de ellas puede ser completamente eliminada. A través de la historia, sólo una ha sido erradicada, (Don Hopkins estuvo involucrado en ese esfuerzo, tal vez algunos más de los aquí presentes), la viruela, hace aproximadamente 23 años. Sólo tenemos otras dos enfermedades perfectamente definidas, polio, que ya no existe en este hemisferio y la otra es dracunculiasis o gusano de guinea. Así que la erradicación del gusano de guinea es uno de nuestros principales objetivos, junto con la oncocercosis. Para la reunión de enero tendremos sólo un punto en la Agenda y es la potencial erradicación de la oncocercosis. Este tema es muy interesante para la fundación Bill & Melinda Gates y ellos están auspiciando esta reunión.

Si es evaluado y aprobado en consenso por los expertos que esta enfermedad puede ser erradicada completamente, no sólo de este hemisferio sino de Africa, entonces significaría un notorio avance al elevar la oncocercosis a un alto nivel de interés.

Bueno, les dije cosas que sabían, lo sé, pero me gustaría decirles para terminar cuan agradecido estoy por el maravilloso logro que todos ustedes han alcanzado; es una inspiración para el mundo, esta cercana colaboración de 6 países y el éxito que han logrado. Estoy comprometido, por la influencia heredada, por haber sido presidente de una gran nación y, como director del CCI, con programas activos en 65 naciones del mundo (35 en Africa) el asegurar apoyo financiero para el pronto y completo logro de su tarea si es posible y déjenme decir que el CCI está muy orgulloso de ser parte del equipo.

Dr. Julio Frenk Mora *Secretario de Salud de México*

Quiero expresar mi agradecimiento por la distinción de ser México la sede para esta importante Conferencia.

A principios del siglo pasado, la oncocercosis fue una enfermedad que causó la ceguera en casi 20% de la población de algunas comunidades rurales de los estados de Chiapas y Oaxaca. Desde 1930, se estableció la campaña de control de la Oncocercosis que logró eliminar la ceguera en 1979.

La administración del Presidente Vicente Fox ha asumido el compromiso de eliminar la transmisión de Oncocercosis a más tardar, al terminar su gobierno. Es un compromiso que se plasma en el Programa Nacional de Salud que el Presidente presentó a la sociedad mexicana el pasado 5 de julio, desde Oxchuc en el Estado de Chiapas, una de las comunidades más pobres de México. Con este hecho, quería subrayar que el compromiso No. 1 del gobierno mexicano, es por la equidad.

En México, al igual que en los demás países de América Latina, se registra un rezago epidemiológico que consiste en que enfrentamos condiciones de salud que desde el punto de vista científico y técnico ya tienen solución, pero los sistemas de salud excluyen a las comunidades más pobres del acceso a estas soluciones; estamos hablando de las infecciones y enfermedades parasitarias comunes, como la Oncocercosis y la Desnutrición, entre otras.

La Oncocercosis es una enfermedad emblemática del rezago epidemiológico que, en el caso de México, afecta de manera desproporcionada y casi exclusiva a las zonas marginadas, a los grupos pobres y más excluidos del desarrollo.

Necesitamos reforzar el blindaje sanitario de la sociedad a través de acciones específicas de vigilancia y control epidemiológico. Este blindaje sanitario ha logrado que, por primera vez en la historia de nuestro país, no se haya presentado un solo caso de Sarampión durante este año y también hemos logrado que solo haya un caso de Cólera, lo cual le ha valido a México para ser retirado por la OMS de la lista de países con Cólera.

La Eliminación de la Oncocercosis es parte de este blindaje sanitario; reconocemos que la salud es un valor intrínseco en sí mismo, es el sentido mismo de la convivencia, de la existencia y el desarrollo. Además tiene un valor instrumental por que es el motor más poderoso del avance económico.

Consideramos que la protección de la salud debe verse fundamentalmente como un derecho social, hemos avanzado en los últimos años en el ejercicio de los derechos civiles y políticos. Ahora nuestro gran reto es el ejercicio de los derechos sociales y reconocer que existen aún grupos sociales que no gozan de los derechos. Un compromiso que ha asumido el gobierno del Presidente Fox es enfrentar los rezagos que afectan a los pobres, es una deuda social pendiente que debemos saldar de una vez por todas.

Quiero reconocer también el trabajo intenso de los trabajadores de campo en el programa Nacional de Oncocercosis de la Secretaría de Salud de México que siempre están allí bajo condiciones muy difíciles de terreno y que han dedicado un gran esfuerzo para lograr la eliminación de esta enfermedad.
bre de los enfermos de Oncocercosis de México.

La eliminación de la Oncocercosis implica sumar esfuerzos tanto dentro como fuera de México.

Agradezco a quienes promueven iniciativas como estas, en particular al Carter Center y a Merck por el liderazgo mundial que han ejercido en el combate contra la Oncocercosis y por el apoyo que este último ha dado a México para el tratamiento de los pacientes VIH positivos y al Club de Leones por hacer posible esta reunión. Iniciativas como esta que hoy nos reúne, muestran que es factible trabajar juntos y que el compartir responsabilidades entre empresas y organismos de la sociedad civil y de gobierno, hacen posible asumir compromisos a favor de los grupos más necesitados.

Señor Jimmy Carter, sirvan estas palabras para reconocer que su ejemplo alienta e invita a la reflexión para reconocer donde estamos; le doy las gracias en nombre de los enfermos de Oncocercosis de México.

Consideramos que México esta en el rumbo que conducirá a la Eliminación de la Oncocercosis, y es clara nuestra voluntad de cooperar.

Deseo éxito a la conferencia y quedamos atentos a los compromisos que acá surjan para llegar a la eliminación de la Oncocercosis.

Notas aclaratorias

- La información que se presenta en este documento, ha sido actualizada de tal manera que refleja el cierre final del año 2001, aunque los datos presentados por los países en la Conferencia correspondían al período enero-septiembre.
- La evolución histórica de las coberturas de tratamiento se presentan solo para Brasil, Colombia y México porque son los únicos datos que están disponibles.
- En este documento se manejan las siguientes definiciones:
 - Meta de Elegibles para Tratamiento (MET): es el número de personas a quienes se les debe administrar tratamiento.
 - Meta Anual de Tratamiento (MAT): es igual a la Meta de Elegibles para Tratamiento multiplicada por dos, debido a que cada persona debe recibir dos (2) tratamientos al año (cada seis meses).

SESIÓN I

¿Cómo van nuestras Coberturas de Tratamiento?

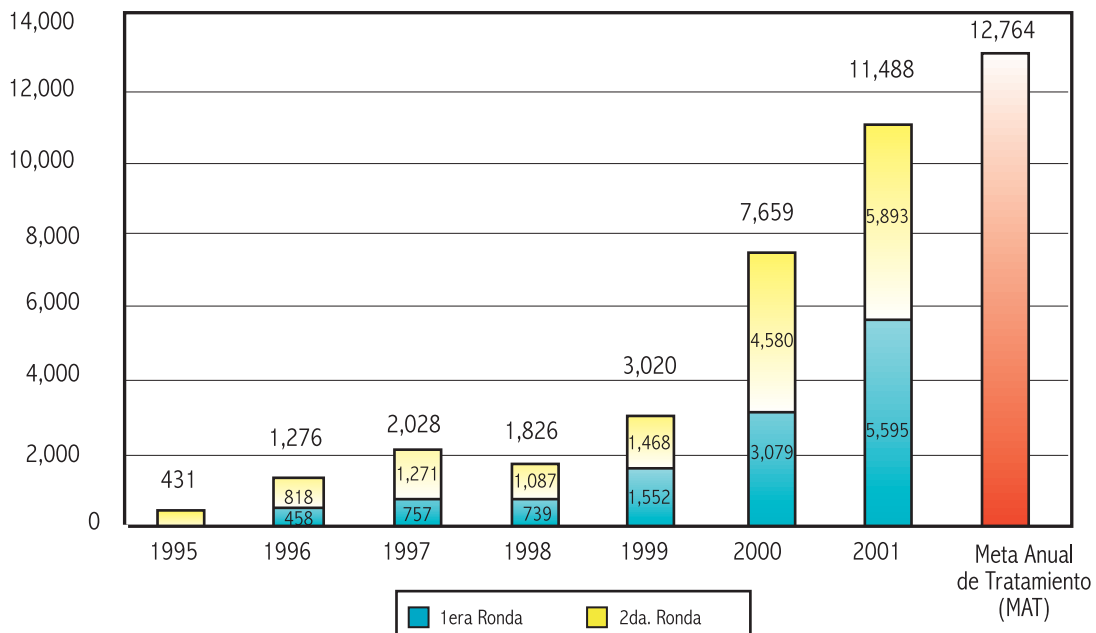
La estrategia para eliminar la oncocercosis en la región de las Américas consiste en: “Dar tratamiento con Mectizan, cada seis meses, en todas las comunidades endémicas, a un mínimo del 85% de las personas elegibles en cada comunidad.

Brasil

Evolución Histórica del Tratamiento con Mectizan

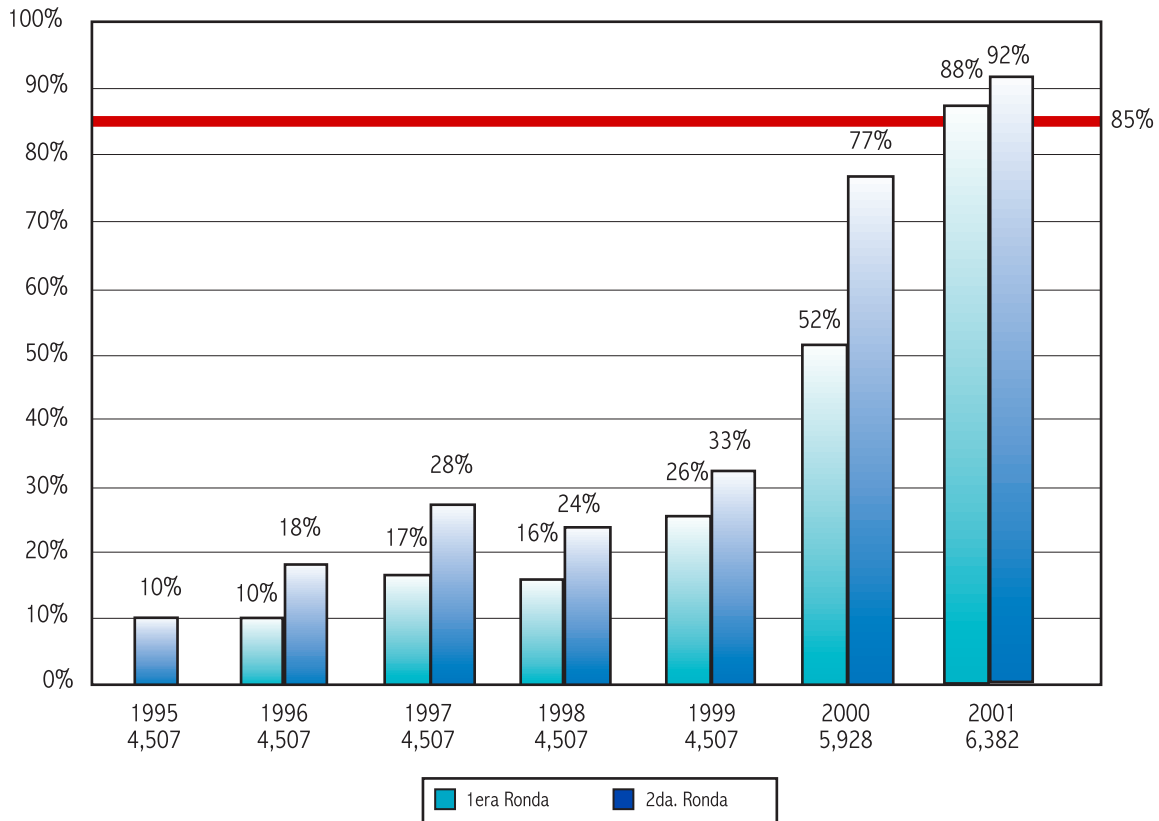
El Programa Brasileño de Oncocercosis inició el tratamiento con Mectizan en 1995 con bajas coberturas en los primeros cuatro años (1995 a 1998) cuando el número de tratamientos fue de apenas 431, 1276, 2,028 y 1826 respectivamente. En el periodo 1999-2001, el Programa registró un incremento considerable en el número de tratamientos administrados gracias a la vinculación de las Organizaciones No Gubernamentales que prestan asistencia a la población Yanomami. Como se observa en la gráfica 1, en el primer semestre del 2001 se llegó a obtener, por primera vez, una cobertura superior al 85%, razón por la cual en el foco Yanomami brasileño como un todo, se debe empezar a contar el periodo de pre-supresión a partir de este momento.

Gráfica 1. Tratamientos con Mectizan en Brasil, 1995-2001



En la gráfica 2, se observa el comportamiento de las coberturas de tratamiento desde 1995 hasta la segunda ronda de 2001 cuando se logró por primera vez una cobertura superior al 85%.

Gráfica 2. Evolución histórica de coberturas de tratamiento Brasil

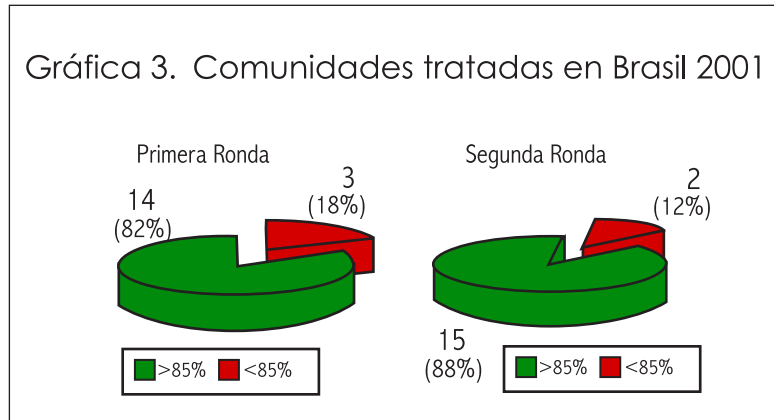


Avances en tratamiento en el 2001

- La meta del Programa Brasileño para el año 2001 era dar dos (2) tratamientos al año (cada 6 meses), a las 6,382 personas elegibles, es decir, administrar un total de 12,764 tratamientos. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:
- En la primera ronda se administraron 5,595 tratamientos logrando 88% de cobertura.
- En la segunda ronda se administraron 5,893 tratamientos logrando 92% de cobertura.
- En total, fueron 11,488 tratamientos administrados en el año, alcanzando una cobertura de 90%.

Distribución de comunidades tratadas según cobertura en Brasil

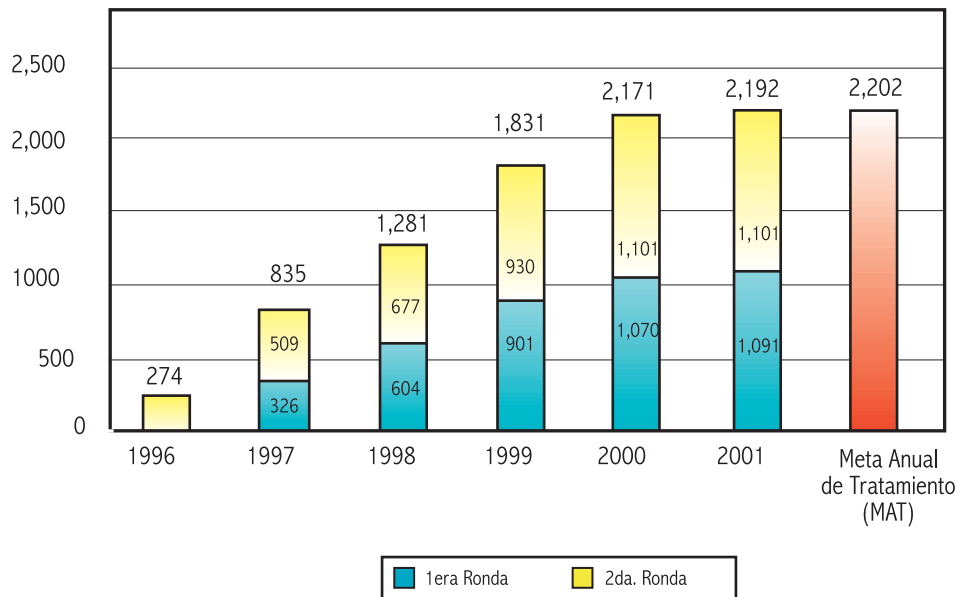
- Todos los 17 Polos Base endémicos recibieron dos rondas de tratamiento. En la primera ronda 3 Polos Base y en la segunda 2 PB tuvieron coberturas por debajo del 85% (ver gráfica 3).



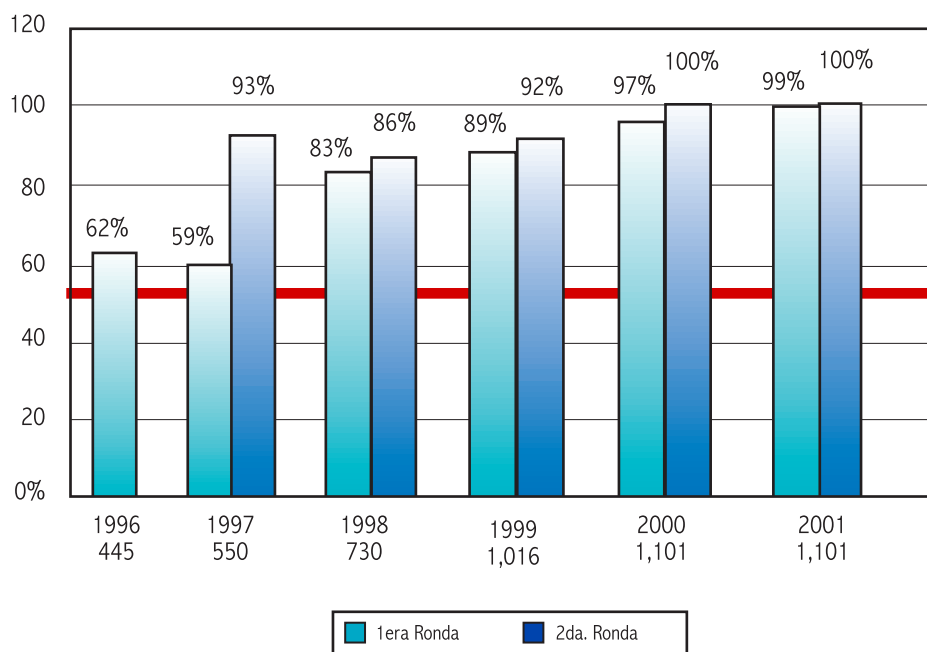
Colombia Evolución Histórica del Tratamiento con Mectizan

El Programa Colombiano de Oncocercosis inició el tratamiento con Mectizan en 1996, en la única comunidad endémica conocida (Naiconá, Municipio López de Micay) y a pesar de las difíciles condiciones de seguridad del país, ha mantenido altas coberturas de tratamiento cada seis meses (ver gráficas 4 y 5).

Gráfica 4. Tratamientos con Mectizan en Colombia, 1996-2001



Gráfica 5. Evolución Histórica de coberturas de tratamiento en Colombia



Avances en tratamiento en el 2001

La meta del Programa Colombiano para el año 2001 era dar dos (2) tratamientos, cada 6 meses, a las 1,101 personas elegibles, es decir, administrar un total de 2,202 tratamientos. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

- En la primera ronda se administraron 1,091 tratamientos logrando 99% de cobertura.
- En la segunda ronda se administraron 1,101 tratamientos logrando 100% de cobertura.
- En total, fueron 2,192 tratamientos administrados en el año, alcanzando una cobertura de 100%.

Ecuador

Evolución Histórica del Tratamiento con Mectizan

- El Programa Nacional de Eliminación de Oncocercosis (PNEO-E) inició el tratamiento con Mectizan en 1990, de tal manera que en el 2001 esta intervención cumplió once años. Durante el primer año (1990) se trataron solo las personas positivas por biopsia de piel en las comunidades de los Ríos Santiago y Viche.
- En el período 1991-1994 se estableció como estrategia dar dos rondas de tratamiento en todas las comunidades, sin embargo, solo algunas comunidades de los focos satélites recibieron dos rondas de manera secuencial durante ese período.

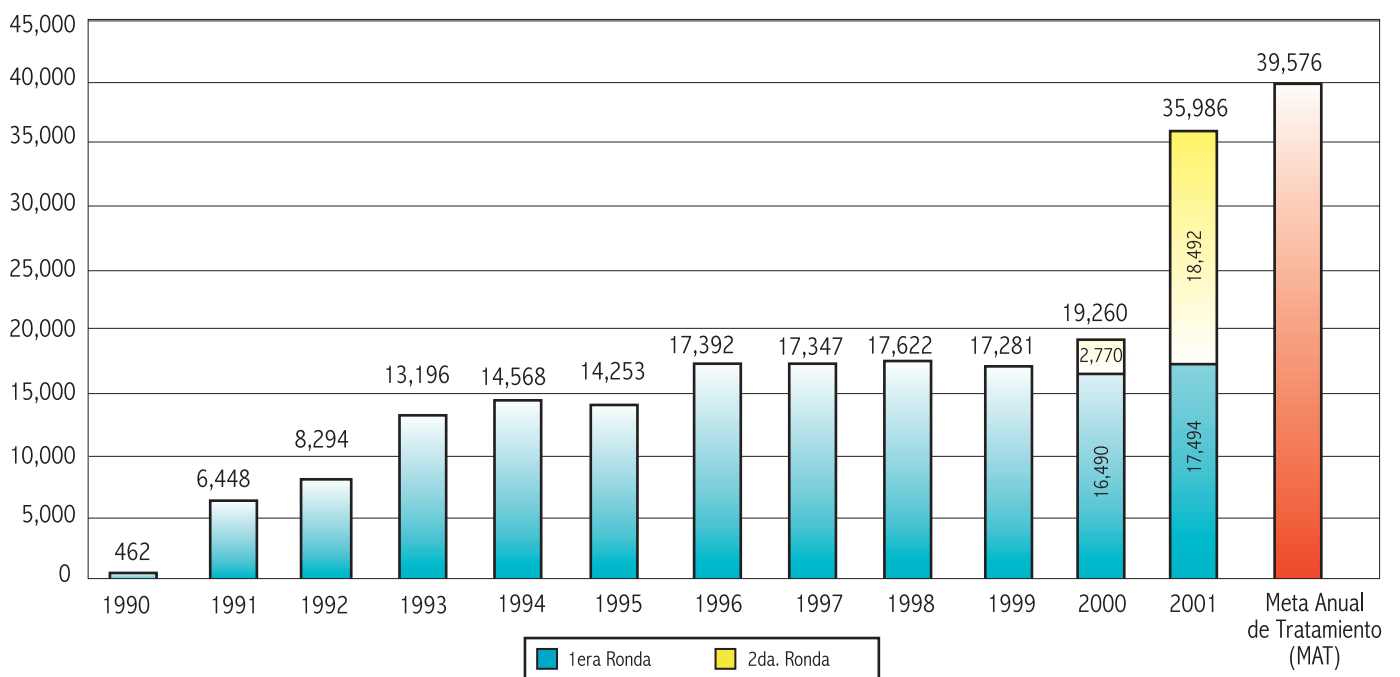
- De 1995 a 1997 la distribución fue anual en toda el área endémica y, entre 1998 y 2000, se estableció de nuevo el esquema de tratamiento semestral solo en 31 comunidades hiperendémicas del Río Cayapas.
- En el 2001 se estableció como meta dar tratamiento semestral en todas las comunidades.

Avances en tratamiento en el 2001

La meta del Programa Ecuatoriano para el año 2001 era dar dos (2) tratamientos, cada 6 meses, a las 19,788 personas elegibles, es decir, administrar un total de 39,576 tratamientos. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes (ver gráfica 6):

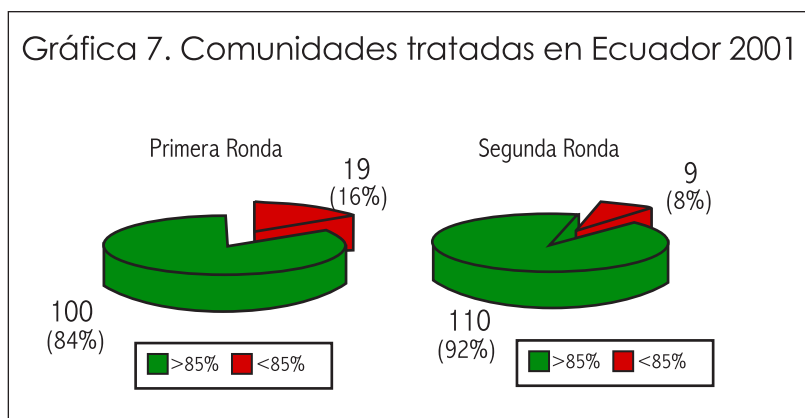
- En la primera ronda se administraron 17,494 tratamientos logrando 88% de cobertura.
- En la segunda ronda se administraron 18,492 tratamientos logrando 93% de cobertura.
- En total, fueron 35,986 tratamientos administrados en el año, alcanzando una cobertura de 91%.
- Se debe recordar que en el año 2001, por primera vez se dieron dos rondas de tratamiento en todas las comunidades endémicas, pues hasta el 2000, solo se daban dos rondas de tratamiento en las 31 comunidades hiperendémicas del río Cayapas.

Gráfica 6. Tratamientos con Mectizan en Ecuador, 1990-2001



Distribución de comunidades tratadas según coberturas

Las 119 comunidades endémicas recibieron dos rondas de tratamiento. En la primera ronda 19 (16%) comunidades y en la segunda, 9 (8%) comunidades obtuvieron coberturas por debajo del 85%, como se observa en la gráfica 7.



Implicaciones operativas de la implementación del tratamiento semestral en todas las comunidades a partir del 2001

- ▶ Fue necesario doblar esfuerzos a nivel operativo pues no hubo un incremento de personal de campo
- ▶ Se fortaleció la integración con la Coordinación de Área de Salud de Borbón y el Vicariato Apostólico de Esmeraldas en :
 - Labores de distribución de Mectizan
 - Actividades multipropósito en Salud.
 - Monitoreo y evaluación de todas las actividades.
- ▶ Fue necesario mayor financiamiento:
 - Se logró la asignación de un presupuesto gubernamental al Programa a través del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM).
 - Se mantuvo la participación financiera de Christoffel Blindenmission (CBM).
 - Se fortaleció la participación del Vicariato Apostólico de Esmeraldas.

Propósitos o Perspectivas a futuro

- ▶ Mantener el tratamiento semestral en las 119 comunidades endémicas.
- ▶ Se ha incrementado a 50,000 USD, en el 2002, la asignación del presupuesto gubernamental para el Programa.
- ▶ Lograr que CBM continúe participando en el financiamiento de las actividades de distribución.
- ▶ Mantener la coordinación, monitoreo y evaluación de las actividades con la Coordinación de Salud del Área Borbón y el Vicariato Apostólico de Esmeraldas.

Guatemala

Evolución Histórica del Tratamiento con Mectizan

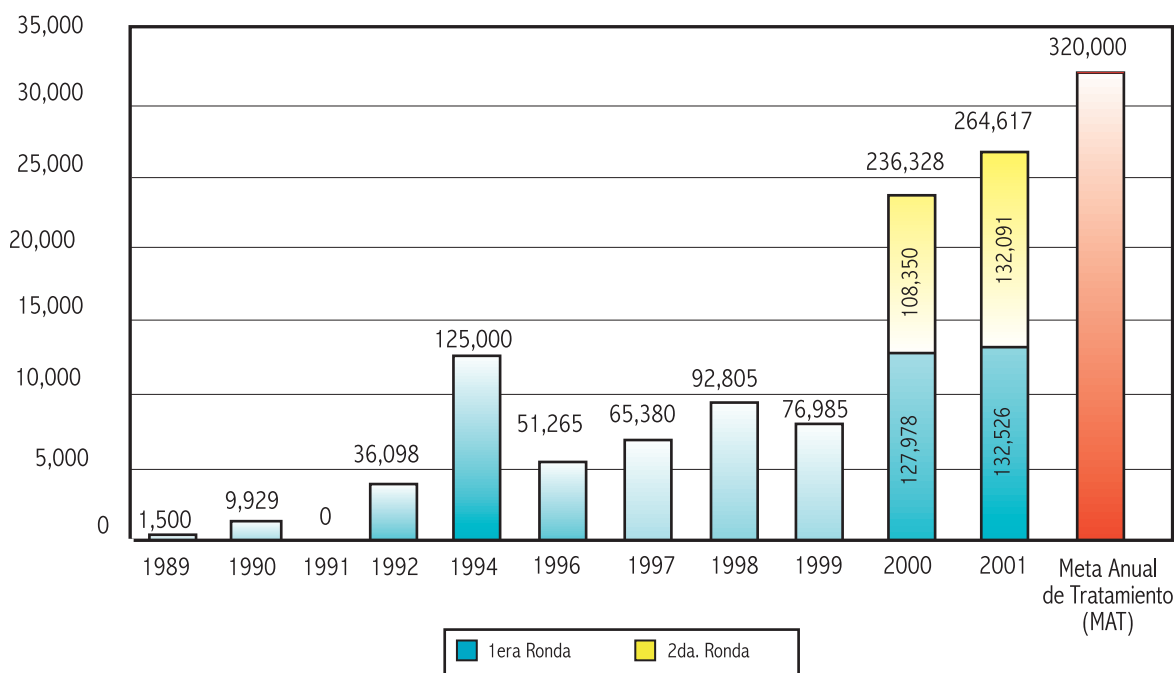
El Programa de Oncocercosis de Guatemala inició el tratamiento con Mectizan en 1989 con bajas coberturas en los primeros años. Entre 1992 y 1994 inició realmente la distribución masiva y se incrementó el número de tratamientos administrados, alcanzando 125,000 personas tratadas en 1994. La medicación se hacía semestralmente sólo en las comunidades hiper y mesoendémicas y a partir del 2000, se inició la administración de dos rondas al año, en todas las comunidades.

Avances en tratamiento en el 2001

La meta del Programa de Oncocercosis de Guatemala para el año 2001 era dar dos (2) tratamientos, cada 6 meses, a las 160,000 personas elegibles, es decir, administrar un total de 320,000 tratamientos. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes (ver gráfica 8)

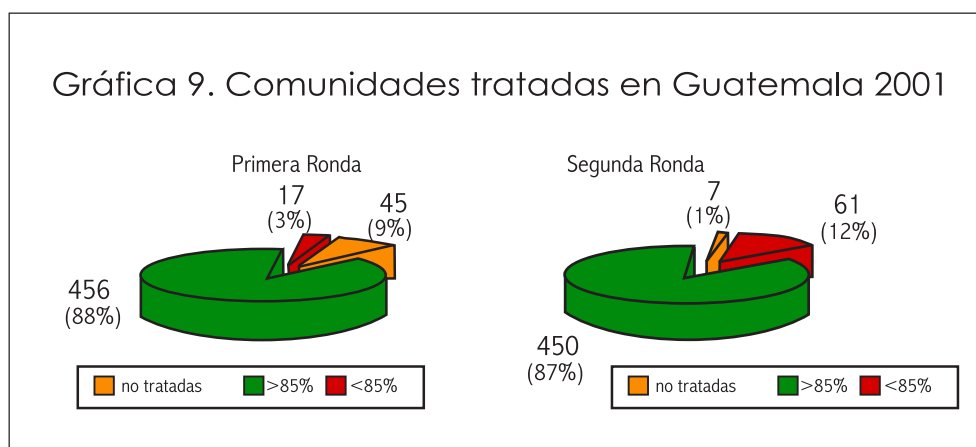
- En la primera ronda se administraron 132,256 tratamientos y en la segunda ronda 132,091, obteniendo en ambas rondas una cobertura del 83%.
- En total, 264,617 tratamientos administrados en el año, alcanzando una cobertura de 83% con relación a la Meta Anual de Tratamiento.
- Al comparar con el año 2000, cuando se trataron 236,328, se establece que en el 2001 hubo un incremento del 12% en el total de tratamientos administrados.
- En la segunda ronda se logró un incremento de 22% en el número de tratamientos con relación a la segunda ronda del 2000.

Gráfica 8. Tratamientos con Mectizan en Guatemala, 1989-2001



Distribución de comunidades tratadas según coberturas

En la primera ronda de tratamiento, 17(3%) de las 518 comunidades endémicas no recibieron tratamiento con Mectizan y entre las 501 que sí fueron tratadas, 45 (9%) tuvieron coberturas menores del 85%. En la segunda ronda, el número de comunidades que no recibieron tratamiento se incrementó a 61(12%) y de las 457 que sí recibieron tratamiento 7 (1%) tuvieron coberturas menores del 85% (ver gráfica 9).



De las 41 comunidades clasificadas como hiperendémicas, 4 no recibieron tratamiento en la primera ronda y 7 no lo recibieron en la segunda ronda. Estas comunidades hiperendémicas que no recibieron tratamiento están ubicadas en los departamentos de Chimaltenango y Suchitepéquez.

México

Evolución Histórica del Tratamiento con Mectizan

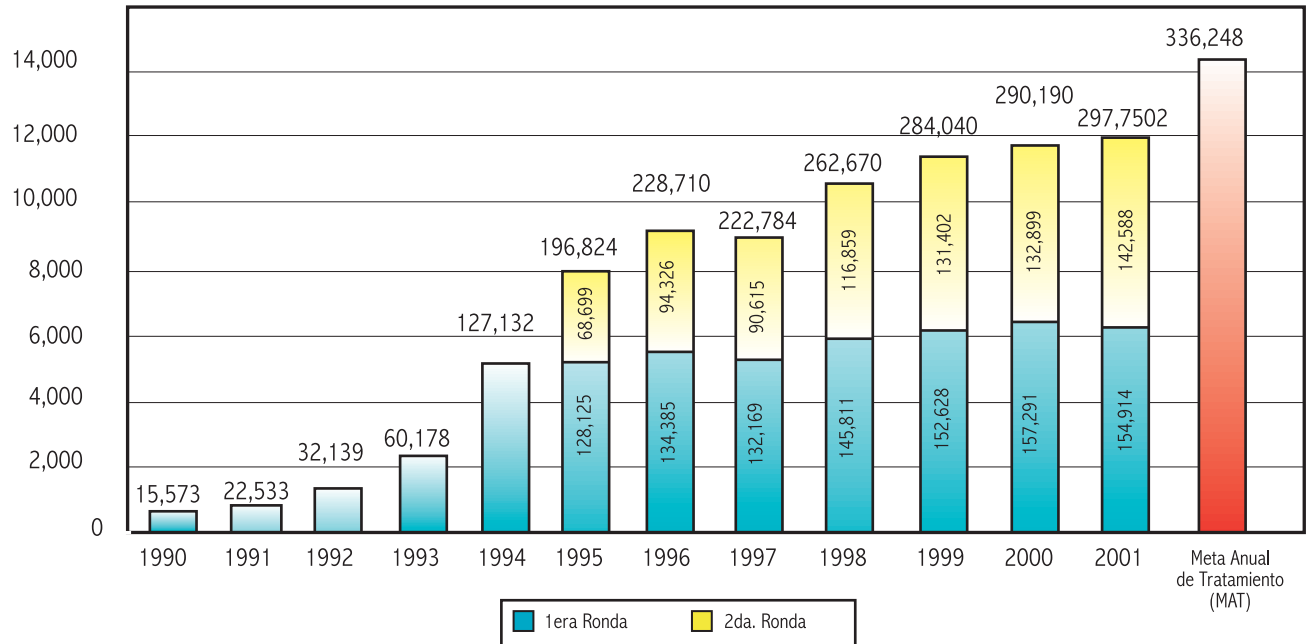
El Programa de Oncocercosis de México inició el tratamiento con Mectizan en 1989 sólo para los enfermos. A partir de 1991 se inició la medicación a la población en riesgo, principalmente en las comunidades hiperendémicas.

Avances en tratamiento en el año 2001

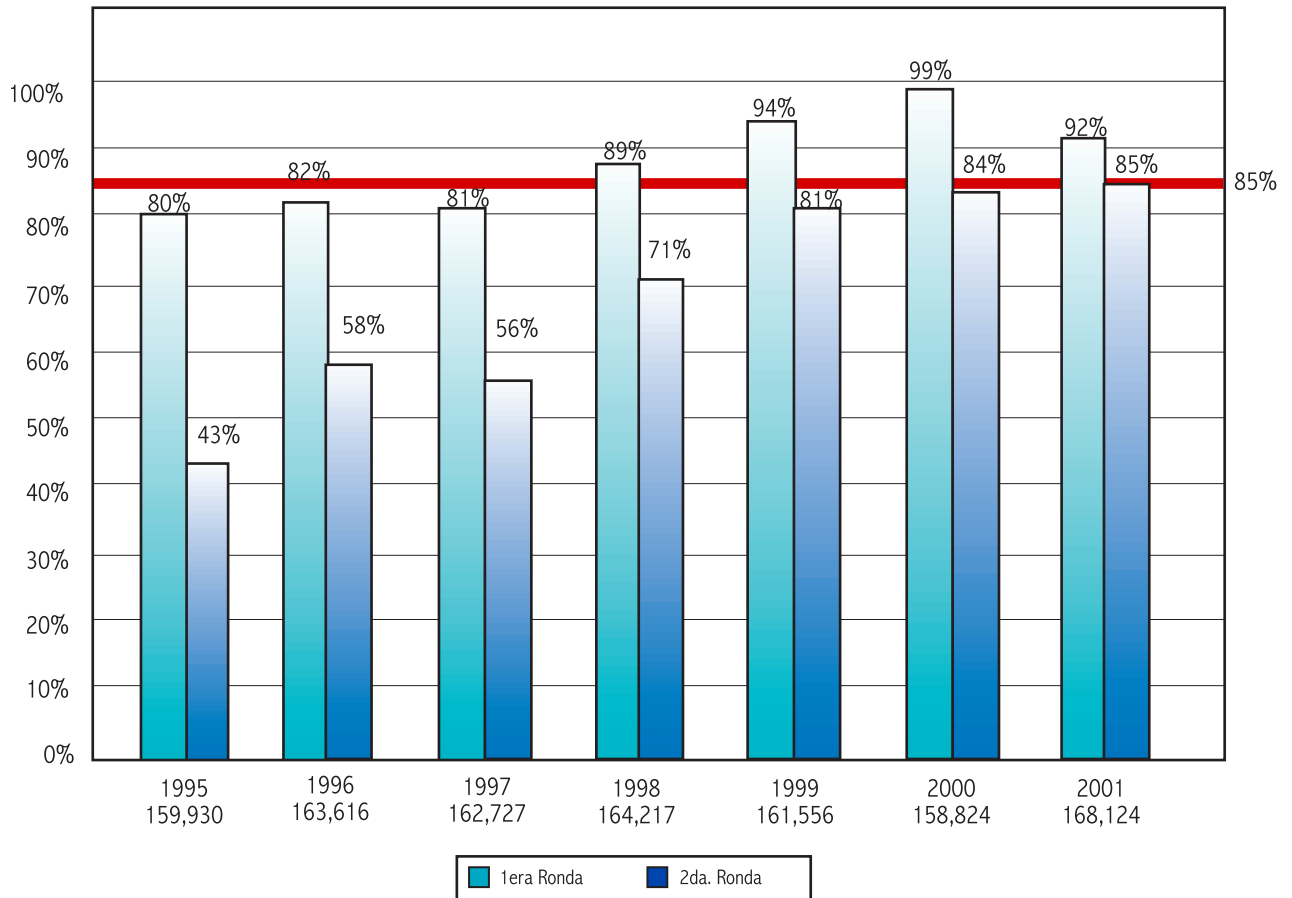
La meta del Programa de Oncocercosis de México para el año 2001 era dar dos (2) tratamientos, cada 6 meses, a las 168,124 personas elegibles, es decir, administrar un total de 336,248 tratamientos. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes (ver gráficas 10 y 11):

- En la primera ronda se administraron 154,914 tratamientos logrando 92% de cobertura.
- En la segunda ronda se administraron 142,588 tratamientos, logrando 85% de cobertura.
- En total, 297,502 tratamientos administrados en el año, alcanzando una cobertura de 88% con relación a la Meta Anual de Tratamiento.
- Al comparar con el año 2000, cuando se administraron 290,190 tratamientos, se establece que en el 2001 hubo un ligero incremento.

Gráfica 10. Tratamientos con Mectizan en México, 1990-2001

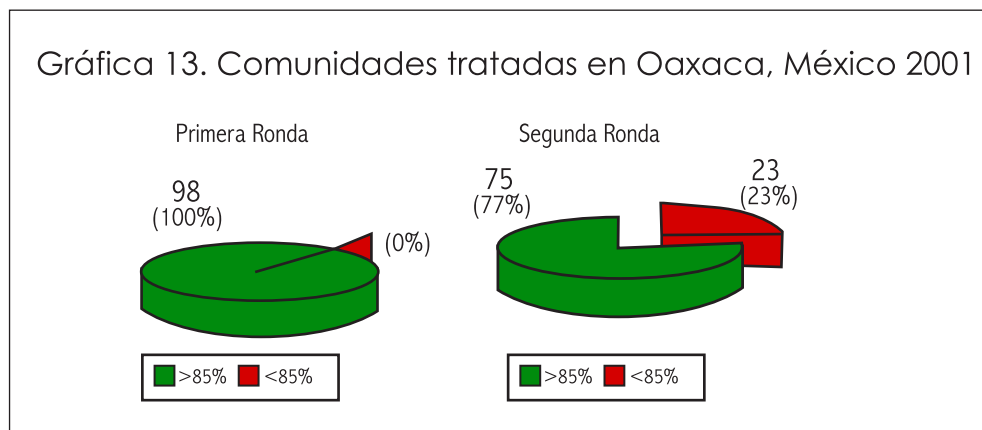
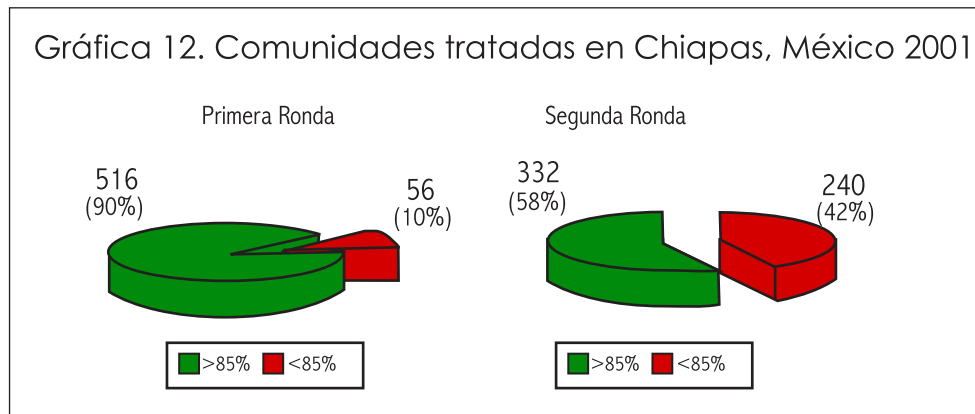


Gráfica 11. Evolución histórica de coberturas de tratamiento México



Distribución de comunidades tratadas según coberturas

Tanto en Chiapas como en Oaxaca, todas las comunidades fueron tratadas en las dos rondas; sin embargo, 56 (10%) de las comunidades en Chiapas, tuvieron coberturas menores del 85% en la primera ronda y 240 (42%) en la segunda ronda (ver gráfica 12). En Oaxaca, durante la primera ronda de tratamiento, todas las comunidades tuvieron coberturas superiores al 85%, pero en la segunda ronda 23 (23%) tuvieron coberturas menores del 85% (ver gráfica 13).



Venezuela

Evolución Histórica del Tratamiento con Mectizan

El Programa de Oncocercosis de Venezuela inició el tratamiento con Mectizan entre 1993 y 1994 en el foco sur y durante todos estos años, las coberturas han sido irregulares, debido a las dificultades de acceso a las comunidades.

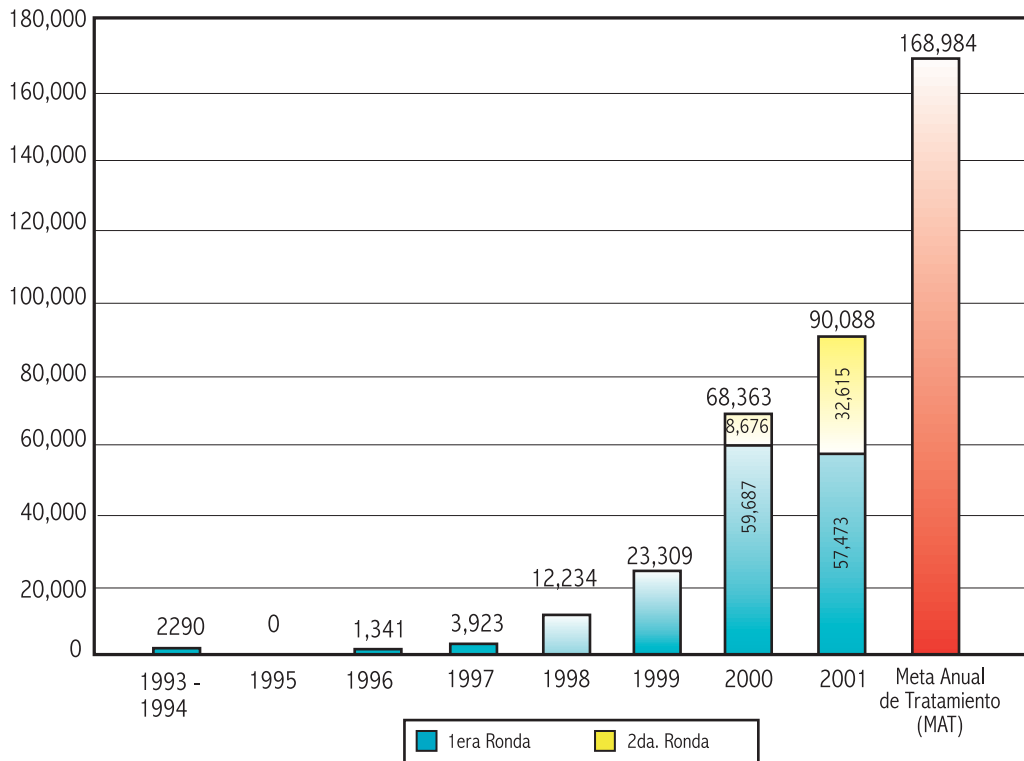
En el foco norte se terminó en 1999, la estratificación epidemiológica de las comunidades que aparecían en el registro histórico. A partir de este momento se inició el tratamiento masivo cada seis meses, pero desafortunadamente con muy bajas coberturas.

Avances en tratamiento en el año 2001

La meta del Programa de Oncocercosis de Venezuela para el año 2001 era dar dos (2) tratamientos, cada 6 meses, a las 84,492 personas elegibles, es decir, administrar un total de 168,984 tratamientos. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes (ver gráfica 14):

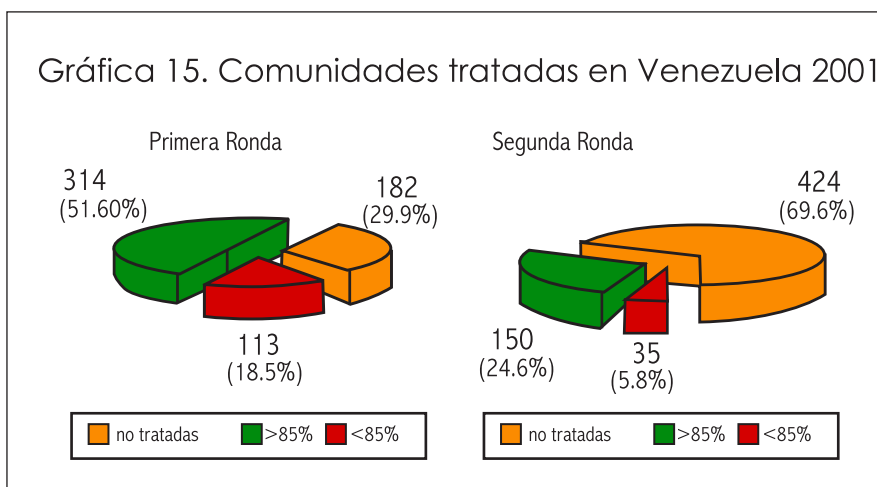
- En la primera ronda se administraron 57,473 tratamientos logrando 68% de cobertura.
- En la segunda ronda se administraron 32,615 tratamientos, logrando 39% de cobertura.
- En total, 90,088 tratamientos administrados en el año, alcanzando una cobertura de 53% con relación a la Meta Anual de Tratamiento.
- Al comparar con el año 2000, cuando se trataron 68,363 tratamientos, se establece que en el 2001 se logró un incremento del 32% en el total de tratamientos administrados. Sin embargo, éste es todavía insuficiente para alcanzar la meta del 85% de cobertura que se definió como compromiso en el IACO 2000.

Gráfica 13. Tratamientos con Mectizan en Venezuela, 1993-2001



Distribución de comunidades tratadas según cobertura

En la primera ronda de tratamiento, 182 (30%) de las 609 comunidades endémicas no recibieron tratamiento con Mectizan y entre las 427 que sí fueron tratadas, 113 (19%) tuvieron coberturas menores del 85%. En la segunda ronda, el número de comunidades que no recibieron tratamiento se incrementó a 424 (69.6%) y de las 185 que sí recibieron tratamiento 35 (5.8%) tuvieron coberturas menores del 85% (ver gráfica 15).

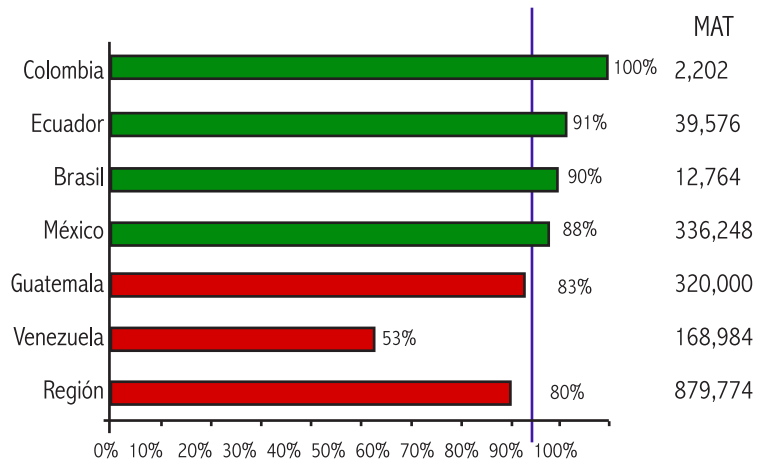


La Región

La meta para la Región en el 2001 era administrar dos rondas de tratamiento con Mectizan, cada seis meses, a 439,887 personas elegibles, es decir, administrar un total de 879,774 tratamientos. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes (ver gráfica 16):

- El número de tratamientos administrados al terminar el año, fue de 701,873 logrando un 80% de cobertura para la región durante el año 2001. Esto significa que la región está muy cerca de lograr la meta de tratar al 85% de elegibles .
- Al comparar con el año 2000 cuando se trataron 623,971, se establece que en el año 2001 hubo un incremento del 12% en el total de tratamientos administrados.
- En la Región, para la primera ronda se alcanzó una cobertura de 84% al haber administrado 369,093 tratamientos.
- En la segunda ronda se administraron 332,780 tratamientos en la Región, logrando el 76% de cobertura.

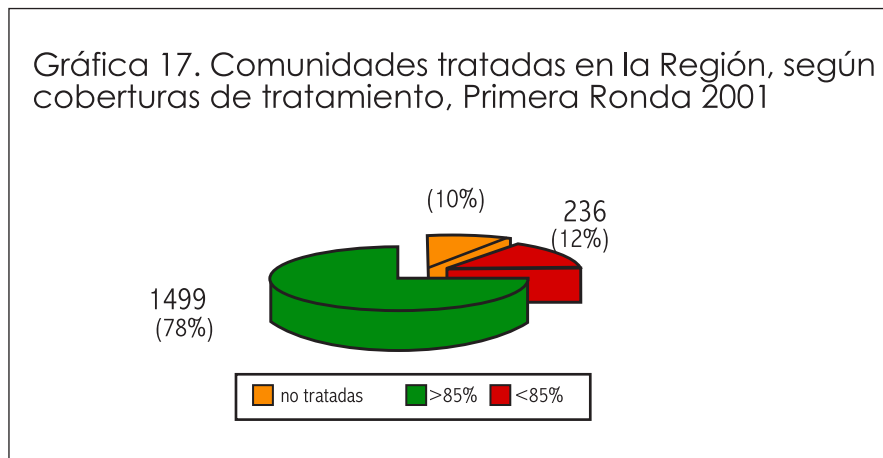
Gráfica 16. Coberturas de tratamiento en la Región alcanzadas durante 2001 (MAT) por país.

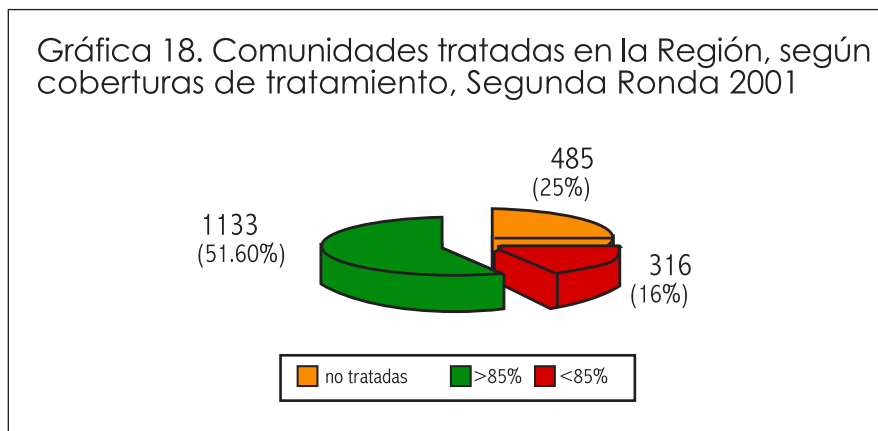


Distribución de comunidades tratadas según cobertura

- Del total de 1,934 comunidades endémicas de la Región, 199 (10%) y 485 (25%) no fueron tratadas durante la primera y la segunda ronda respectivamente (ver gráficas 17 y 18).
- De las 199 comunidades no tratadas en la primera ronda, 182 (91%) pertenecían a Venezuela y 17 (9%) a Guatemala.
- Durante la segunda ronda, de las 485 comunidades no tratadas, 424 (87 %) correspondían a Venezuela y 61 (13%) a Guatemala.
- En la primera ronda 236 (12%) y en la segunda ronda 316 (16%) de las comunidades tratadas tuvieron coberturas menores del 85%.

Gráfica 17. Comunidades tratadas en la Región, según coberturas de tratamiento, Primera Ronda 2001





Durante la primera ronda de tratamiento del 2001 en la Región

- El 78% (1499) de las comunidades de la región tuvieron coberturas por encima del 85%.
- Venezuela fue el país que obtuvo el menor porcentaje (51.6%) de comunidades con coberturas por encima del 85%.

Distribución de las Comunidades tratadas en la Región, durante la primera ronda, por país y por cobertura, 2001.

País	Comunidades endémicas	Comunidades tratadas				Comunidades no tratadas	%
		>85%	%	<85%	%		
Brasil	17	14	82	3	18	0	0
Colombia	1	1	100	0	0	0	0
Ecuador	119	100	84	19	16	0	0
Guatemala	518	456	88	45	9	17	3
México	670	614	92	56	8	0	0
Venezuela	609	314	51.6	113	18.5	182	29.9
Región	1934	1499	78	236	12	199	10

Durante la segunda ronda de tratamiento del 2001 en la Región

- La proporción (59%) de comunidades con coberturas por encima del 85% fue menor a la proporción lograda durante la primera ronda del mismo año (78%). Esta reducción se debió principalmente al programa de Venezuela, que tuvo solo 24.6% de las comunidades con coberturas mayores al 85% y de México que tuvo el 61%.
- El programa Mexicano pasó de haber logrado coberturas superiores al 85% en el 92% de sus comunidades en la primera ronda, a alcanzar solo el 61% en la segunda ronda.
- El programa de Venezuela aumentó el número de comunidades no tratadas de 182 a 424 y el programa de Guatemala de 17 a 61.

Distribución de las Comunidades tratadas en la Región, durante la primera ronda, por país y por cobertura, 2001.

País	Comunidades endémicas	Comunidades tratadas				Comunidades no tratadas	%
		>85%	%	<85%	%		
Brasil	17	15	88	2	12	0	0
Colombia	1	1	100	0	0	0	0
Ecuador	119	110	92	9	8	0	0
Guatemala	518	450	87	7	1	61	12
México	670	407	61	263	39	0	0
Venezuela	609	150	24.6	35	5.8	424	69.6
Región	1934	1133	59	316	16	485	25

Conclusiones, discusión y recomendaciones de la Sesión I “Cómo van nuestras coberturas de tratamiento con Mectizan”

Moderador: Dr. Santiago Nicholls
 Relator: Dr. Iván Mejía

- En el primer semestre del 2001, el programa brasileño llegó a obtener, por primera vez, una cobertura superior al 85%. Por esta razón, a partir de ese momento se debe empezar a contar para el foco Yanomami, el periodo de pre-supresión contemplado en el proceso hacia la certificación de eliminación.
- Venezuela fue el país de la Región que obtuvo la cobertura de tratamiento más baja, la cual fue del 53%.
- Ecuador inició, en el 2001, la distribución semestral de Mectizan en todas las comunidades, lo cual implicó un gran esfuerzo por parte de las personas involucradas en el Programa, debido a que no hubo un incremento de los recursos. Sin embargo se contó con el apoyo de ONG's como el Vicariato Apostólico y la Cristoffel Blinden Mission (CBM). Para el 2002 se ha solicitado al gobierno un aumento en el presupuesto asignado al programa de US \$ 40.000 a US \$ 50.000.
- Colombia, logró en las dos rondas del 2001, coberturas de 99% y 100%, respectivamente. Las coberturas han estado siempre por encima del 85% incluso a partir de 1999, cuando la distribución de Mectizan quedó bajo la responsabilidad de las promotoras de salud.
- Guatemala ha hecho un esfuerzo por ampliar la cobertura y lograr la Meta Anual de Tratamiento, sin embargo, obtuvo el 83% de cobertura en las dos rondas.
- En México, desde 1999, las coberturas en las dos rondas han sido siempre superiores al 85%.

Discusión

¿Qué sistemas de registro se están utilizando?

- México, Ecuador y Colombia tienen sistemas de registro individual de los tratamientos suministrados a cada una de las personas.
- Guatemala tiene formatos que le permiten registrar los tratamientos individuales, pero no tiene organizado un flujo ágil de la información entre los diferentes niveles. Todo el procesamiento de la información es manual
- En Brasil es complicado llevar un registro individual de tratamientos debido a que los Yanomami cambian de nombre de una ronda a otra, lo cual dificulta su identificación. Para solucionar este problema, se ha desarrollado un sistema de identificación de grupos familiares.

Compromiso político con los programas:

- México, Brasil y Colombia manifiestan que cuentan con el apoyo político para continuar con el programa y cumplir con la meta de certificar la eliminación.
- En el caso de Ecuador se requiere un esfuerzo para mantener el apoyo gubernamental y de las ONG's.
- Venezuela se compromete a mejorar la integración del programa a los servicios de salud en los niveles regional y municipal.

Recomendaciones

Para mejorar la calidad de la información sobre coberturas:

- De igual manera como se había propuesto en un IACO anterior, se recomienda utilizar la metodología de "cluster sampling" para evaluar o validar las coberturas comunitarias de tratamiento con Mectizan.
- Se establece el compromiso de llevar un registro y reportar trimestralmente el tratamiento individual en las comunidades centinela.
- Se propone utilizar una misma cifra de población elegible para el cálculo de cobertura durante todo el año con el fin de manejar la misma información en todas las instancias de la Iniciativa regional.
- Se propone colocar la información sobre coberturas de tratamiento en la página de Internet de OEPA.

Para asegurar la oportunidad del tratamiento con altas coberturas

- Es urgente que todos los países alcancen pronto y mantengan coberturas de tratamiento con Mectizan superiores al 85% para iniciar el camino hacia la certificación de eliminación.
- Los países se comprometen a dar la primera ronda de tratamiento durante el periodo enero-junio y la segunda ronda en el periodo julio-diciembre.
- Los tratamientos idealmente deberían administrarse antes del inicio del periodo de transmisión para maximizar así su efecto sobre la supresión de la transmisión.

Para asegurar el compromiso político y por ende la sostenibilidad de los programas:

- OPS/OMS y OEPA pueden apoyar a los programas nacionales en su búsqueda del apoyo político necesario para asegurar su sostenibilidad.
- Se reitera la conveniencia de mantener los recursos humanos y financieros asignados a los programas y no desviarlos a pesar de los cambios de prioridades que se presenten

Revisión del impacto alcanzado en la eliminación de la oncocercosis, a través del tratamiento con Mectizan® en las Américas

Dr. Carlos Gonzáles

Propósito

Presentar un panorama global para la región, que sirva de contexto para el desarrollo de las sesiones siguientes, principalmente las de “Eliminación de morbilidad” y “Supresión de transmisión”.

Los estudios de Guatemala (1988-90) constituyen el marco de referencia que valida y sustenta el concepto sobre el que se basa la estrategia regional:

Es posible que 2 años después de administrar tratamientos dos veces por año, con una cobertura mínima de 85%, se logre suprimir la transmisión.

Los resultados obtenidos hasta este momento fortalecen este marco de referencia y reafirman su aplicabilidad en el proceso hacia la eliminación de la enfermedad.

Metodología

Para evaluar el impacto del tratamiento masivo con Mectizan, la Iniciativa Regional, con la participación de todos los involucrados, diseñó una metodología que consiste en que cada país selecciona un grupo de comunidades como centinelas. El ser centinelas significa que son sujeto de un seguimiento especial a través de la realización del procedimiento llamado Evaluación Epidemiológica en Profundidad (EEP). La EEP tiene los siguientes componentes:

- Evaluación parasitológica (biopsia de piel y palpación nódulos),
- Evaluación oftalmológica,
- Evaluación entomológica y
- Evaluación serológica

En el cuadro siguiente se presenta la información de comunidades centinelas para la Región.

Comunidades centinelas y su población en la Región según país, 2001.

País	Comunidades	Población	% Prevalencia de MF
Brasil	3	1,318	63%
Colombia	1	421	40%
Ecuador	7	1,384	37%
Guatemala	7	829	52%*
México-Oaxaca	4	1,893	7%*
México-Chiapas	6	1,991	16%*
Venezuela-Norte	6	1,310	29%
Venezuela-Sur	10	765	76%
Total	44	9,911	34%

* Post-tratamiento

Conclusiones

Todos los datos nos llevan a concluir que el tratamiento masivo con Mectizan ha tenido un impacto significativo en la presencia de la oncocercosis en la Región, visto a través de las comunidades centinelas:

- Reducción de más del 70% en la prevalencia de microfilarias detectables en piel,
- Reducción de más del 80% en la prevalencia de Microfilarias en Cámara Anterior

Existen indicaciones fuertes de que se está logrando la eliminación de la morbilidad y la supresión de la transmisión en los focos de Colombia, Ecuador, y Oaxaca (México).

Recomendaciones

- Continuar con el seguimiento de las comunidades centinelas (EEP) con:

rigurosidad y calidad: es decir, cumpliendo las normas acordadas para la Región

oportunidad: por ejemplo, evaluación parasitológica previa al tratamiento; evaluación entomológica, en períodos de alta transmisión.

- Recuperar, organizar y analizar la información retrospectivamente de tal manera que se pueda tener el contexto completo, para entender mejor la situación actual.

Sesión II

¿Qué tan cerca estamos de eliminar la Morbilidad?

Una de las conclusiones de IACO 2000 fue “alcanzar y mantener coberturas semestrales superiores al 85% en todas las comunidades endémicas de la región, para el 2001 y así estar en capacidad de certificar:

1. La ausencia de morbilidad en el 2002 y
2. La supresión de la transmisión en el 2005”.

Con base en estas metas se llevó a cabo esta sesión para analizar el grado de avance de cada país y de la región.

Según la Guía “Certificación de la eliminación de la oncocercosis humana: Criterios y Procedimientos” de la OMS, el indicador que nos permitirá determinar si la morbilidad se ha o no eliminado es el siguiente:

**1. La ausencia de lesiones reversibles en el segmento anterior del ojo
Queratitis Punteada (QP) y presencia de Microfilarias en la Cámara Anterior (MFCA).**

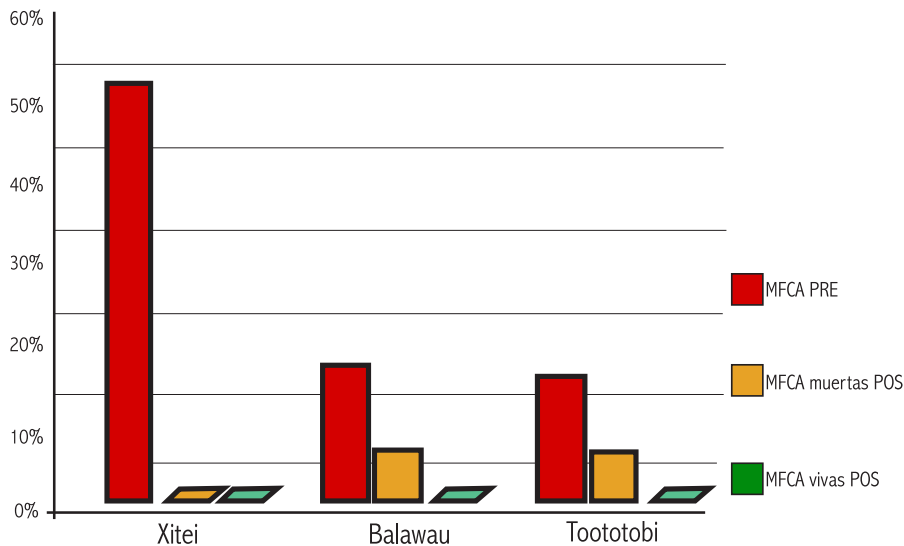
Brasil

Las evaluaciones oftalmológicas fueron realizadas por consultores externos, en los Polos Base escogidos como centinelas: Xitei, Balawau y Toototobi. Una extensa evaluación oftalmológica también fue hecha, por iniciativa de una ONG, en la región de Marauíá.

Polo Base	Evaluación oftalmológica basal en comunidades centinelas						
	Año	Población	Personas Examinadas	Personas con Q.P.	Prev. Q.P. %	Personas con MFCA	Prev. MFCA %
Balawau	1995	232	186	140	75.3	31	16.7
Toototobi	1995	289	255	161	63.2	38	14.9
Xitei	1996	559	342	261	76.3	175	51.2

Polo Base	Primera evaluación oftalmológica de impacto en comunidades centinelas						
	Año	Población	Personas Examinadas	Personas con Q.P.	Prev. Q.P. %	Personas con MFCA	Prev. MFCA %
Balawau	1998	194	129	81	62.8	8	6.2
Toototobi	1998	289	191	90	47	11	5.8
Xitei	1999	769	380	200	52.6	1	0.3

Evaluación Oftalmológica PRE y POS - Tratamiento: Microfilarias en Cámara Anterior del Ojo



Al comparar los resultados de la evaluación basal con los obtenidos en la primera evaluación de impacto se observa una reducción en la prevalencia de Microfilarias en Cámara Anterior. Sin embargo, la Queratitis Punteada continua presentado altas prevalencias.

Colombia

Microfilarias en la Cámara Anterior (MFA):

- EEP 1996 basal: Un (1) positivo entre 46 examinados. Prevalencia=2.2%
- EEP 1998: ningún positivo entre 147 examinados
- EEP 2001: ningún positivo entre 105 examinados

Queratitis Punteada (QP) en Naicioná, Colombia

Comunidad	Situación basal (1996)			Última EEP (2001)			
	No. examinados	No. examinados QP	Prevalencia %	Número de Rondas TX	No. examinados	No. examinados QP	Prevalencia %
Naicioná	46	15	32.6%	10	105	27	25.7%

- La prevalencia de MFA siempre ha sido baja en el foco colombiano a diferencia de la Queratitis Punteada que se ha mantenido elevada.
- Con el fin de aclarar si la queratitis punteada detectada, se atribuye o no a infección por *O. volvulus*, se aplicó la prueba serológica (ICT) a 22 de los 27 pacientes con Queratitis Punteada, siendo negativa en todos los casos.
- Tampoco se encontraron microfilarias en piel, en ninguno de los 27 pacientes.
- Se revisó la historia de tratamientos de cada uno de los 27 personas positivas para QP y se encontró que 22 (81%) de ellos tenían al menos 8 rondas de tratamiento.
- Por todo lo anterior, se postula que la etiología de la Queratitis Punteada en este foco podría ser atribuida a una causa diferente a la infección por *O. volvulus*.

Ecuador

Microfiliarias en Cámara Anterior (MFCA) en comunidades centinelas

Río	Comunidad	Situación basal			Última EEP (2000)			
		No. de examinados	No. examinados con MFCA	Prevalencia %	Número de Rondas TX	No. de examinados	No. examinados con MFCA	Prevalencia %
Santiago	Playa de Oro			6.0	12	136	0	0.0
	Angostura			14.3	10	40	0	0
	Guayabal			0.0	12	68	0	0
Cayapas	Corriente Grande			50.5	14	86	0	0
	El Tigre			27.3	6	62	0	0
	San Miguel			50	6	107	0	0
Canandé	Naranjal			N/E	12	217	0	0
Total						716		

N/E: No evaluada

Queratitis Punteada en comunidades centinelas

Río	Comunidad	Situación basal			Última EEP (2000)			
		No. de examinados	No. examinados con MFCA	Prevalencia %	Número de Rondas TX	No. de examinados	No. examinados con QP	Prevalencia %
Santiago	Playa de Oro			48.0	12	136	7	5.1
	Angostura			21.4	10	40	0	0
	Guayabal			14.3	12	68	1	1.5
Cayapas	Corriente Grande			41.7	14	86	1	1.2
	El Tigre			36.6	6	62	1	1.6
	San Miguel			50.0	6	107	5	4.7
Canandé	Naranjal			N/E	12	217	2	0.9
Total						716		

Guatemala

Microfilarias en la Cámara Anterior (MFCA) en Comunidades Centinelas de Guatemala:

E. Oftalmológica 1998 basal: ningún positivo entre 589 examinados en las 6 comunidades centinelas.

Queratitis Punteada (QP) en Comunidades Centinelas de Guatemala:

E. Oftalmológica 1998 basal:	Finca Montecarlo:	16/119	Prevalencia:	13.4%
	Finca El Brote:	1/26	Prevalencia:	3.84
	Finca Costa Rica:	0/89	Prevalencia:	0%
	Aldea La Estrellita	1/108	Prevalencia:	0.9%
	Finca Buena Vista:	0/23	Prevalencia:	0%
	Finca Los Andes:	0/221	Prevalencia:	0%

México

Microfilarias en Cámara Anterior en comunidades centinelas en México

Comunidad	Situación basal (1995)			Última EEP (2000)			
	No. de examinados	No. examinados con MFCA	Prevalencia %	Número de Rondas TX	No. examinados	No. examinados con MFCA	Prevalencia %
Oaxaca							
La Esperanza Comaltepe	188	0	0.0	24	140	0	0.0
Sta. María Lachichina	137	0	0.0	24	177	0	0.0
Santiago Teotlaxco	355	0	0.0	22	283	2	0.7
Santiago Lalopa	106	0	0.0	22	258	0	0.0
Total Estado	786	0	0.0		858	2	0.2
Chiapas							
Nva. Reforma Agraria	135	1	0.7	23	188	1	0.5
Col. José Ma. Morelos	75	1	1.3	23	163	1	0.6
Col. Nva Costa Rica	276	9	3.3	23	396	4	1.0
Col. 1 de Mayo	80	0	0.0	23	87	0	0.0
Estrella Roja	100	0	0	23	-	-	-
Amp. Malvinas	85	0	0	23	28	0	0
Total Estado	751	11	1.46		862	6	0.7

Queratitis Punteada en comunidades centinelas de México

Comunidad	Situación basal: 1995			Última EEP: 2000			
	No. de examinados	No. examinados con QP	Prevalencia %	Número de Rondas TX	No. examinados	No. examinados con QP	Prevalencia %
OAXACA							
La Esperanza Comaltepe	188	2	1.0	24	140	10	7.1
Sta. María Lachichina	137	2	1.5	24	177	12	6.8
Santiago Teotlaxco	355	2	0.6	22	283	7	2.5
Santiago Lalopa	106	7	6.6	22	258	5	1.9
CHIAPAS							
Nva. Reforma Agraria	135	14	10.4	23	188	12	6.4
Ampliación Las Malvinas	85	12	14.2	23	28	0	0.0
Col. Estrella Roja	100	24	24.0	23	79	-	-
Col. José Ma. Morelos	75	13	17.3	23	163	8	4.9
Col Nva. Costa Rica	276	27	9.8	23	396	6	1.5
Col. 1 de Mayo	80	13	16.3	23	87	2	2.3

Venezuela**Microfiliarias en Cámara Anterior en comunidades centinelas**

Comunidad	Situación basal			Última EEP 2001			
	No. de examinados	No. examinados con MFCA	Prevalencia %	Número de Rondas Tto.	No. examinados	No. examinados con MFCA	Prevalencia %
FOCO NOR-ORIENTAL							
La Cuesta	91	13	14.3	5	82	1	1.2
La Carapa	79	20	25.3	2	87	2	2.3
Voladero	133	32	24.1	1	115	9	7.8
Santa Marta	94	23	24.5	2	73	1	1.4
Caituco	59	11	18.6	2	68	5	7.4
FOCO NOR-CENTRAL							
Santa Rosa del Sur	58	18	31.0	3	40	0	0.0
FOCO SUR							
Hasopiweitheri	39	17	43.6	6	17	0	0.0
Pashopekatheri	51	0	0.0	5	26	No Exam.	-
Aweitheri	17	1	5.9	5	20	No Exam.	-
Coyowetheri	54	7	13.0	9	29	4	13.8
Ninayowetheri	22	0	0.0	8	40	1	2.5
Heleweitheri	28	0	0.0	1	-	-	-
Walabawetheri	37	3	8.1	1	-	-	-
Matoatheri	53	13	24.5	2	-	-	-
Fubalematheri	36	9	25.0	2	-	-	-
Shiaucatheri	23	No Exam.	-	2	-	-	-
Totales	874	167	19.1		597	23	2.6

Queratitis Punteada en comunidades centinelas

Comunidad	Situación basal			Última EEP			
	No. de examinados	No. examinados con QP	Prevalencia %	Número de Rondas Tto.	No. examinados	No. examinados con QP	Prevalencia %
Foco Nor-Oriental							
La Cuesta	91	10	11.0	5	82	0	0.0
La Carapa	79	22	27.8	2	87	2	2.3
Voladero	133	38	28.6	1	115	9	7.8
Santa Marta	94	21	22.3	2	73	3	4.1
Caituco	59	17	28.8	2	68	9	13.2
Foco Nor-Central							
Santa Rosa del Sur	58	22	37.9	3	40	0	0.0
Foco Sur							
Hasopiweitheri	39	18	46.2	6	17	2	11.8
Pashopekatheri	51	20	39.2	5	26	No Exam.	-
Aweitheri	17	3	17.6	5	20	No Exam.	-
Coyowetheri	54	19	35.2	9	29	9	31.0
Ninayowetheri	22	1	4.5	8	40	5	12.5
Heleweitheri	28	5	17.9	1	-	-	-
Walabawetheri	37	5	13.5	1	-	-	-
Matoatheri	53	9	17.0	2	-	-	-
Fubalematheri	36	11	30.6	2	-	-	-
Shiaucatheri	22	9	40.9	2	-	-	-
Totales	873	230	26.3		597	39	4.5

Conclusiones Sesión II

¿Qué tan cerca estamos de eliminar la morbilidad?

Moderador: Dr. Jorge Raúl Ricárdez

Relator: Dra. María Eugenia Orozco

- De acuerdo con los datos presentados por los Programas Nacionales , se puede concluir que en general para la Región, ha habido una reducción en la prevalencia de Microfilarias en Cámara Anterior.
- En algunos casos como el de Ecuador, se tienen resultados de evaluaciones oftalmológicas basales, las cuales fueron realizadas en cohortes de personas procedentes de varias comunidades. Desafortunadamente, esta situación hace difícil su comparación con los resultados de evaluaciones recientes, las cuales han sido realizadas a la población de comunidades centinelas. A pesar del valor de los indicadores oftalmológicos para medir eliminación de la morbilidad, es conveniente analizarlos en relación con los otros indicadores epidemiológicos y entomológicos de tal manera que se tenga una visión de conjunto.
- Los resultados obtenidos para Queratitis Punteada en la mayoría de los países son confusos e inconsistentes y al parecer, dependen en gran medida del nivel de experiencia del oftalmólogo que realiza la evaluación. Por esta razón se cuestionó su utilidad como indicador para medir la eliminación de la morbilidad.
- Debido a la controversia que sobre la Queratitis Punteada se presentó durante esta Conferencia, se recomienda dejar como único indicador de eliminación de morbilidad el de Microfilarias en Cámara Anterior.
- A partir de la revisión de la información disponible sobre comunidades centinelas obtenidas a través de las EEP, se puede ver que en la mayoría de los casos los datos están dispersos, con inconsistencias y cifras que varían de un reporte a otro. Por lo tanto, se recomienda que los programas nacionales hagan un esfuerzo por revisar los resultados de las evaluaciones, de tal manera que todas las instancias manejen la misma información. Así mismo se requiere un esfuerzo para profundizar en el análisis de los indicadores disponibles y la interrelación entre los mismos.

Sesión III

¿Qué tan cerca estamos de suprimir la transmisión?

Según las Guías “Certificación de la eliminación de la oncocercosis humana: Criterios y Procedimientos”, los indicadores que nos permitirán determinar que la transmisión ha sido suprimida son los siguientes:

1. **Ausencia, o casi ausencia, de larvas de *O. volvulus* en estadio infectivo en la población de vectores, de acuerdo con lo determinado por la Reacción en Cadena de la Polimerasa (RCP ó PCR en inglés) utilizando sondas de ADN específicas para *O. volvulus* y/u otro método válido.**

La meta es lograr una reducción del 99% respecto a las tasas de transmisión basales..

2. **Ausencia de infección detectable (la infección se detecta por la presencia de microfilarias o de nódulos y por resultados de pruebas inmunológicas u otras pruebas reconocidas) en los niños sin tratar que alcanzan la edad de 5 años (es decir los que están por tomar su primera dosis de ivermectina).**

Se considera aceptable una tasa de incidencia acumulada en 5 años de 1 caso nuevo por cada 1000 niños susceptibles (a condición de que haya una población de ese tamaño).

La prueba de anticuerpos contra *O. volvulus*, desarrollada recientemente por Weil et al. 2000, aplicable a muestras de sangre extraídas por punción digital, puede ser un valioso medio de diagnóstico mínimamente invasor. La prueba ICT ha sido aplicada en 4 países de la región: México, Guatemala, Ecuador y Colombia para medir exposición a la infección por *O. volvulus* en niños. Por consiguiente, estos resultados pueden contribuir al análisis de qué tan cerca estamos de suprimir la transmisión.

3. **Ausencia de infección detectable (la infección se detecta por la presencia de microfilarias o de nódulos y por los resultados de pruebas inmunológicas u otras pruebas reconocidas) en nuevos residentes sin tratar que hayan migrado a una zona endémica donde la transmisión se haya interrumpido.**

Se considera aceptable una tasa de incidencia acumulada en 5 años de menos de 1 caso nuevo por cada 1000 individuos susceptibles (a condición de que haya una población de ese tamaño).

Nota:

Teniendo en cuenta que el indicador establecido para determinar el avance hacia la supresión de la transmisión es la Tasa de Infectividad (TI), solo se presentan los valores de este, aunque algunos países presentaron Tasa de Infección Parasitaria (TIP)

Brasil

- No se cuenta con información sobre los indicadores para medir supresión de la transmisión.
- La información disponible es limitada, pues no ha habido una colecta sistemática
- Hay solo evaluación basal entonces no se puede comparar.

Tasa de Infección Parasitaria en Polos Base centinela, Brasil, 93-95

Polo Base	Simúlidos examinados	Simulidos Positivos	TIP(%)	Mes / año
Balawau	81	7	8.64	Sep-95
Xitei	158	12	7.59	Nov-93
Toototobi	74	3	4.05	Sep-95

Estos datos fueron obtenidos por disección

Los datos hasta ahora disponibles en el foco yanomami no permiten una conclusión sobre las perspectivas de supresión de la transmisión. Los datos:

- No son colectados de forma sistemática
- Son escasos
- Y no son representativos

Información del proyecto-piloto Balawau-Tootobi (1995)

Entre 534 examinados se encontró:

Tasa general de 15% de portadores de nódulos

- En Balawau (hiper): 22.8%;
- En Toototobi (meso): 9.8%
- Porcentaje de portadores de nódulos entre los positivos por biopsia de piel: 86.7%
- No se encontraron niños <6 años con nódulos

Informaciones actuales cualitativas no-sistemáticas:

Médicos y técnicos que trabajan periódicamente en el área refieren que “ha habido una clara reducción (no cuantificada) de portadores de lesiones de piel y nódulos en las áreas que vienen siendo tratadas regularmente hace mas tiempo (Xitei, Balawau, Toototobi)”.

Colombia

Ausencia, o casi ausencia, de larvas de *O. volvulus* en estadio infectivo en la población de vectores por PCR

Por disección

Año	Moscas Disectadas	Moscas Paras	Moscas L3	TI %
EEP Basal (1996)	281		3	1.07
EEP 1998	286		0	0.00
EEP 2001	3371		1	0.03

Por PCR

En junio de 2002, se obtuvieron los siguientes resultados de la evaluación entomológica por PCR: se analizaron 115 pools de cabeza y de cuerpo por separado y resultó uno positivo para cabeza y todos los pools de cuerpos negativos. De acuerdo con esto se encontró un TIP de 0 y una TI de 1,76 /10,000 moscas.

Año	Pooles Obtenidos	Pooles cabeza Positivos	TI 10.000
2001	115	1	1.76

Ausencia de microfilarias en los niños sin tratar que alcanzan la edad de 5 años

- **EEP 1996 basal:** no hay información
- **EEP 1998:** ningún positivo entre 26 niños evaluados
- **EEP 2001:** no hay información

Ausencia de nódulos en los niños sin tratar que alcanzan la edad de 5 años

- **EEP 1996 basal:** No hay información
- **EEP 1998:** ningún portador de nódulos entre 26 niños evaluados
- **EEP 2001:** ningún portador de nódulos entre 21 niños examinados

Ausencia de infección detectable por la prueba ICT en los niños sin tratar que alcanzan la edad de 5 años

Niños menores de 5 años: 0/21 – 0%
Niños de 5 a 14 años: 0/78 – 0%

Conclusiones

- Los hallazgos sugieren que la transmisión ha disminuido.
- Todas las 143 personas biopsiadas fueron negativas para microfilarias en piel en la EEP del 2001.
- La serología (ICT) fue negativa en 21 niños menores de 5 años y en 78 niños de 5 a 14 años.
- No se encontraron nódulos en el grupo de niños menores de 14 años.

Ecuador

Ausencia, o casi ausencia, de larvas de *O. volvulus* en estadio infectivo en la población de vectores determinada por PCR

Río	Comunidad	Año	S. exigum	S. quadrivittatum	Ambas Especies	% de reducción
			TI*	TI*	TI*	TI*
Cayapas	El Tigre	1996	ND	ND	72.7	
		2000	15.40	0	8.7	88
	San Miguel	1996	ND	ND	65	
		2000	1.4	0	5.9	91
	Corriente Grande	2000	2.0	3.1	2.1	
Canandé	Naranjal	2000	0.5	0	0.5	
Santiago	Playa de Oro	2000	0	0	0	
	Angostura	2000	0	0	0	
	Guayabal	2000	0	0	0	

* Tasa por 10,000 moscas ND: No determinado

Ausencia de microfilarias en los niños sin tratar que alcanzan la edad de 5 años

- **Evaluación basal:** Sólo se dispone del dato publicado en 1990, según el cual en 1986, 164 niños resultaron positivos por biopsia de piel, entre 255 niños de 0–4 años evaluados los cuales procedían de varias comunidades del Río Cayapas, es decir que se obtuvo una prevalencia de 64.3%
- **EEP 2000:** Como se observa en el cuadro siguiente, se examinaron 144 niños en las 7 comunidades centinelas y solo se encontró un niño positivo por biopsia de piel en la comunidad de Corriente Grande del Río Cayapas, donde se examinaron 28 niños. Prevalencia: 3.57%

Ausencia de nódulos en los niños sin tratar que alcanzan la edad de 5 años

- **Evaluación basal:** Sólo se dispone del dato publicado en 1990, según el cual en 1996, 50 niños resultaron con nódulos, entre 255 niños de 0–4 años evaluados los cuales procedían de varias comunidades del Río Cayapas, es decir que se obtuvo una prevalencia: 19.6%
- **EEP 2000:** Como se observa en el cuadro siguiente, se examinaron 157 niños en las 7 comunidades centinelas. Solo se encontró un niño positivo por biopsia de piel en la comunidad de San Miguel del Río Cayapas, donde se examinaron 28 niños. Prevalencia: 4.5%

Río	Comunidad	Situación basal			Última EEP(2000)			
		No. niños <de 5 años	No. niños <de 5 años con nódulos	Prevalencia %	No. rondas de tratamiento	No. de niños <de 5 años	No. de niños <de 5 años con nódulos	Prevalencia %
Santiago	Playa de Oro				12	22	0	0
	Angostura				10	8	0	0.0
	Guayabal				12	9	0	0.0
Cayapas	Corriente Grande				14	29	0	0.0
	El Tigre	255	50	19.60*	6	19	0	0.0
	San Miguel				6	22	1	4.50
Canandé	Naranjal				12	48	0	0.0

* Niños de 0 - 4 años del área hiperendémica del Río Cayapas, en 1986.

Fuente: Guderian et al., 1990. Onchocerciasis in Ecuador: Infection in children in the Santiago Basin Focus, Province of Esmeraldas. Trans. R. Soc. trop. Med. Hyg. 84: 109-112

Ausencia de infección detectable por la prueba ICT en los niños sin tratar que alcanzan la edad de 5 años

Como se observa en el siguiente cuadro, 179 niños de 0-5 años fueron examinados en las 7 comunidades centinelas y todos resultaron negativos.

Comunidad	# de niños 0 - 5 años examinados por ICT	# de (+)	Prevalencia (%)
Corriente Grande	48	0	0%
El Tigre	34	0	0%
San Miguel	28	0	0%
Playa de Oro	39	0	0%
Guayabal	23	0	0%
Angostura	7	0	0%
Total	179	0	0%

Guatemala

Ausencia, o casi ausencia, de larvas de *O. volvulus* en estadio infectivo en la población de vectores, por PCR

Los datos que se presentan en el siguiente cuadro fueron obtenidos por el método de disección

Comunidad	Situación basal 1996			Última EEP 1998			
	No. moscas paras	No. moscas con L3	TI %	Número de Rondas Tx	No. moscas paras	No. moscas con L3	TI %
Montecarlo	1,025	2	0.20	5	655	2	0.78
El Brote	919	2	0.22	5	1114	0	0
Costa Rica	502	1	0.2	5	453	1	0.22
La Estrellita	238	1	0.42	5	332	6	1.8
Buena Vista	644	1	0.16	5	210	2	0.95
Los Andes	981	1	0.1	5	725	0	0
Total	4,309	8	0.19		3489	11	0.32

Ausencia de microfilarias en los niños sin tratar que alcanzan la edad de 5 años

- **EEP basal 1996:** no se presentó información
- **EEP-1998:** no se presentó información

Ausencia de nódulos en los niños sin tratar que alcanzan la edad de 5 años

- **EEP basal 1996:** no se presentó información
- **EEP 1998:** no se presentó información

Ausencia de infección detectable por la prueba ICT en los niños sin tratar que alcanzan la edad de 5 años

No hay información disponible

México

Ausencia, o casi ausencia, de larvas de *O. volvulus* en estadio infeccioso en la población de vectores, por PCR

En México, no se cuenta con datos realmente basales, es decir realizados antes de iniciar el tratamiento, por lo cual se han tomado como basales los resultados de la evaluación de mayo de 1999.

Oaxaca

En esta evaluación, 3 de las 4 comunidades centinelas tuvieron una TI de 0 y solamente Santa María Lachichina resultó positiva con una TI de 0,67%. En el 2000, se realizó otra evaluación entomológica en las mismas comunidades a través de la cual se obtuvieron prácticamente los mismos resultados, pues solamente varió la TI encontrada en Lachichina que esta vez fue de 1.54%.

Comunidad	Situación basal 1999 Disección			Primera Evaluación de Impacto 2000 Disección		
	No. moscas paras	No. moscas con L3	TI %	No. moscas paras	No. moscas con L3	TI %
Santiago Lalopa	63	0	0	242	0	0
Sta. María La Chichina	150	1	0.7	65	1	1.5
Santiago Teotlaxco	7	0	0	115	0	0
La Esperanza Comaltepec	252	0	0	24	0	0

Los resultados obtenidos hasta ahora con las moscas colectadas en el 2001 para ser procesadas por PCR, no coinciden con los hallazgos por disección de las dos evaluaciones anteriores. Por PCR se encontró un pool de cabezas positivos en La Esperanza (TI 0.94/10.000) y 2 pools positivos en Santiago Teotlaxco (TI 8.5/10.000), comunidades que habían resultado negativas por disección. Sin embargo, Lachichina que había sido positiva por disección resultó negativa por PCR.

Comunidad	Pooles procesados	Pooles cabeza positivos	TI
La Esperanza	214	1	0.94
Santiago Teotlaxco	50	2	8.51
Santiago Lalopa	50	0	0
Sta. María La Chichina	136	0	0
Estado de Oaxaca	450	3	1.38

* Tasa por 10,000 moscas

Chiapas

La única información entomológica disponible para las comunidades centinelas de Chiapas es la correspondiente a la evaluación basal que se realizó en 1999-2000. Las muestras obtenidas durante la última EEP (2001) están siendo procesados por PCR y los resultados están pendientes.

Comunidad	Situación basal 1999-2000 Disección		
	No. moscas paras	No. moscas con L3	TI %
Nueva Reforma Agraria	319	0	0.0
Ampliación Las Malvinas	126	0	0.0
Col. Estrella Roja	181	0	0.0
Col. Jose Ma. Morelos	180	2	1.1
Col. Nueva Costa Rica	232	0	0.0
Col. 1º. de Mayo	252	0	0.0

Ausencia de microfilarias en los niños sin tratar que alcanzan la edad de 5 años

Chiapas

- **EEP basal 1996:** no se presentó información
- **EEP-2000:** ver el siguiente cuadro

Microfilarias en niños menores de 5 años en localidades centinela de Chiapas, 2000

Comunidad	Situación basal			Número de Rondas Tx	Última EEP(2000)		
	No. examinado	No. examinados con biopsia (+)	Prevalencia %		No. examinados	No. examinados con biopsia (+)	Prevalencia %
Nva. Costa Rica				23	112	1	0.9
Estrella Roja				23	62	0	0.0
José Ma. Morelos				23	46	0	0.0
Nva Reforma				23	57	3	5.2
Agraria 1° de Mayo				23	17	0	0.0
Amp. Malvinas				23	34	0	0.0
Total					328	4	1.2

Oaxaca

- **EEP basal 1996:** no se presentó información
- **EEP-2000:** no se presentó información

Ausencia de nódulos en los niños sin tratar que alcanzan la edad de 5 años

Chiapas

- **EEP basal 1996:** no se presentó información
- **EEP 2000:** ver cuadro

Nódulos en niños <5 años en comunidades centinelas de Chiapas, México

Comunidad	Chiapas: última EEP (2000)			Incidencia%
	No. rondas de Tx	No. niños < de 5 años	No. niños < 5 años con nódulos	
Nueva Reforma Agraria	23	59	1	1.7
Ampliación las Malvinas	23	37	0	0.0
Col. Estrella Roja	23	54	1	1.8
Col. José Ma. Morelos	23	58	3	5.2
Col. Nva. Costa Rica	23	102	0	0.0
Col. 1° de Mayo	23	16	0	0.0

Oaxaca

- **EEP basal 1996:** No hay nódulos en niños
- **EEP 2000:** No hay nódulos en niños

Ausencia de infección detectable por la prueba ICT en niños sin tratar que alcanzan la edad de 5 años.

Oaxaca

Resultados de la aplicación de la prueba ICT en niños en localidades centinelas y extracentinelas, Oaxaca, México

Comunidad	Niños < 5 años		
	examinados	positivos	% Positividad
Centinelas			
Sta. María Lachichina	7	0	0
Santiago Lalopa	5	0	0
Santiago Teotlaxco	9	0	0
La Esperanza Comaltepe	14	0	0
Extracentinelas			
Sta. Ma. La Luz	12	0	0
Sta. Ma. Josaa	13	0	0
San Fco. Yovego	12	0	0
TOTAL	72	0	0

Chiapas

No se aplicó ICT en las comunidades centinelas. Solamente en la comunidad centinela Nueva Costa Rica se aplicó a dos niños menores de 5 años y los dos resultaron negativos.

Venezuela

Ausencia, o casi ausencia, de larvas de *O. volvulus* en estadio infeccioso en la población de vectores, por PCR

Foco Norte

Comunidades	No. de pools procesados	No. de pools de cabezas +	TI
La Cuesta	414	18	0.0009
La Carapa	540	8	0.0003
Santa Rosa del Sur	949	25	0.0005

* Nota: No se tiene información sobre la técnica de procesamiento utilizada en este caso ni la forma como está expresada la tasa.

Comunidad	Situación basal 2001 Disección		
	No. moscas paras	No. moscas con L3	TI %
La Cuesta	98	0	0
La Carapa	126	0	0
Voladero	45	0	0
Santa Marta	34	1	2.9
Caituca	60	1	1.7
Santa Rosa del Sur	90	0	0

Foco Sur

Se presentó información basal de 4 comunidades por disección

Comunidad	Situación basal 2001 Disección		
	No. moscas disectadas	No. moscas con L3	TI %
Pashopekatheri	1550	2	1.4
Aweitheri	1268	0	0.00
Coyowetheri	7697	37	5.8
Ninayowetheri	4368	27	3.3

TI para la comunidad de Coyowetheri por PCR

Comunidades	No. de pooles procesados	No. de pooles de cabezas +	TI
Coyowetheri	63	11	0.383

Nota: No se tiene información sobre la técnica de procesamiento utilizada en este caso ni la forma como está expresada la tasa.

Ausencia de microfilarias en los niños sin tratar que alcanzan la edad de 5 años

Foco Norte

► **EEP basal (1999):**

En las 6 comunidades centinelas de este foco se evaluaron 65 niños y se obtuvieron los siguientes resultados:

- Solamente la comunidad Voladero fue positiva: 4 / 11. Prevalencia: 36.4% después de la 1ª. ronda de tratamiento.
- El número de niños evaluados en las demás comunidades fue como sigue: La Cuesta 1; La Carapa 14; Santa Marta 20; Caituco 10; Santa Rosa del Sur 9.
- Entre todas las comunidades centinelas solo una tenía 5 rondas de tratamiento y el resto tenía 3 o menos.

► **EEP 2001:**

Se evaluaron 46 niños en las 6 comunidades centinelas distribuidos así:

La Cuesta	1
La Carapa	8
Voladero	14
Santa Marta	9
Caituco	9
Santa Rosa del Sur	5

No se encontraron microfilarias en biopsia de piel en ninguno de los 46 niños evaluados.

Foco Sur

► EEP basal (1998):

- Se presentaron resultados para 7 de las 10 comunidades centinelas.
- En 3 de ellas (Heleweitheri, Matoatheri y Fubalematheri) no se biopsiaron niños menores de 5 años;
- En 2 (Shiaucatheri y Walabawetheri) encontraron solo un niño en cada una, el cual fue evaluado y resultó positivo en ambos casos.
- En las dos comunidades restantes los resultados fueron los siguientes:

Coyowetheri 5/15 Prevalencia: 33.3%
 Ninayowetheri 7/24. Prevalencia: 29.2%

► EEP-2001:

No se presentó información porque estaba siendo procesada para las comunidades de Hasopiweitheri, Pashopekatheri, Aweitheri, Coyowetheri, Ninayowetheri, en las cuales se realizaron la evaluación parasitológica y oftalmológica durante el 2001.

Ausencia de nódulos en los niños sin tratar que alcanzan la edad de 5 años

Foco Norte

► EEP basal (1999):

En las 6 comunidades centinelas de este foco se evaluaron 65 ð niños y se obtuvieron los siguientes resultados:

- La Carapa: 1/ 14. Prevalencia: 7.1% después de la 1ª. ronda de tratamiento
- Santa Rosa del Sur: 1/9. Prevalencia: 11.1%
- No se encontraron niños con nódulos en ninguna de las demás comunidades centinelas.
- El número de niños evaluados en las demás comunidades fue como sigue:

La Cuesta	1
Voladero	11
Santa Marta	20
Caituco	10

► EEP 2001:

Se evaluaron 46 niños en las 6 comunidades centinelas distribuidos así:

La Cuesta	1
La Carapa	8
Voladero	14
Santa Marta	9
Caituco	9
Santa Rosa del Sur	5

No se encontraron nódulos en ninguno de los niños evaluados.

Foco Sur

► EEP basal (1998):

Se presentaron resultados para 7 de las 10 comunidades centinelas.

- En 3 de ellas (Heleweitheri, Matoatheri y Fubalematheri) § no se examinaron niños menores de 5 años;
- En 2 (Shiaucatheri y Walabawetheri) encontró solo un niño en cada una, el cual fue evaluado y en ambos casos el niño resultó negativo.
- Coyowetheri se evaluaron 15 niños y todos resultaron negativos.
- En la única comunidad donde se encontraron niños con nódulos fue Ninayowetheri: 4/24 . Prevalencia: 16.7%

► EEP 2001:

No se presentó información porque estaba siendo procesada para las comunidades de Hasopiweitheri, Pashopekatheri, Aweitheri, Coyowetheri, Ninayowetheri, en las cuales se realizaron la evaluación parasitológica y oftalmológica durante el 2001.

Ausencia de infección detectable por la prueba ICT en los niños sin tratar que alcanzan la edad de 5 años

No se realizó la prueba de ICT en ninguno de los dos focos.

Conclusiones y recomendaciones Sesión III: ¿Qué tan cerca estamos de suprimir la transmisión?

Moderador: Dr. José Rumba Guzmán

Relator: Dr. Juan Carlos Vieira

- De acuerdo con la información presentada por los programas nacionales sobre los indicadores que permiten determinar si la transmisión ha sido o no suprimida, podemos concluir que en general, hay una tendencia a la reducción de la transmisión.
- Las evaluaciones entomológicas basales se realizaron a través del método de disección y desafortunadamente en algunas de ellas, el número de moscas disectadas fue muy pequeño. Recién en el año 2000, empezaron los primeros países a realizar capturas para el procesamiento por PCR, de tal manera que a la fecha solo se tienen resultados para Ecuador, Colombia y algunas comunidades de México.
- Según los resultados obtenidos en Ecuador se confirmó que la transmisión había sido suprimida en el río Santiago (lo cual ya había sido publicado en el 95). En las comunidades del Tigre y San Miguel del Río Cayapas, al comparar los datos basales con la última evaluación de impacto se determinó una notable reducción de la Tasa de Infectividad (88% y 91% respectivamente después de 6 rondas de tratamiento).
- En Colombia, al comparar la Tasa de Infectividad obtenida a través del método de disección, entre la evaluación basal de 1996 y la última evaluación de impacto realizada en el 2001, se registró una reducción del 97% después de 10 rondas de tratamiento. Además, se procesaron por PCR 115 pools de los cuales resultó un pool de cabezas positivo con una TI de 1.76 /10.000. No resultó ningún pool de cuerpos positivo.
- En México, llama la atención los resultados obtenidos por disección en 1999, para Chiapas y Oaxaca, debido a que no son coherentes con los demás indicadores de supresión de transmisión. En Oaxaca, los indicadores parasitológicos y serológicos señalan que la transmisión habría sido suprimida, pues no se encontraron microfilarias, nódulos ni serologías positivas por ICT en niños menores de cinco años. Sin embargo, los resultados de la evaluación entomológica por disección en Oaxaca, muestran en una comunidad (Lachichina) una TI de 0.67% y 1.54% para 1999 y 2000 respectivamente.
- Mientras tanto en Chiapas, los indicadores parasitológicos señalan que la transmisión persiste y, contrario a lo que se esperaría, solo se registró positividad por entomología, en una comunidad (José María Morelos) con TI de 1.1% y 0.3% para 1999 y 2000 respectivamente.

- En los resultados preliminares por PCR para Chiapas, se determinó una alta TI (22.8/10.000) en la comunidad Ampliación Las Malvinas, la cual había resultado negativa por disección. También se determinó una TI de 5.9/10.000 para la comunidad José María Morelos que había resultado positiva por disección en dos ocasiones.
- Para Venezuela, Brasil y Guatemala, solo se tienen resultados de las evaluaciones entomológicas basales por lo cual no se puede determinar el grado de avance hacia la supresión de transmisión.

Recomendaciones

- Continuar con la utilización de la técnica de PCR para la determinación de los indicadores entomológicos, debido a su especificidad, sensibilidad y la capacidad de procesamiento de un gran número de moscas.
- Fortalecer la colaboración del Laboratorio de referencia en Alabama para realizar el control de calidad similar al utilizado con OCP en Africa.
- Discutir con el grupo de expertos en entomología, la posibilidad de unir todas las moscas colectadas por mes, para su procesamiento por PCR.
- Con el fin de que los resultados obtenidos a través de las evaluaciones entomológicas sean válidos y comparables entre países, se recomienda apegarse a los lineamientos establecidos en la Guía aprobada por la OMS en el 2000.
- Se discutió a cerca de la forma más conveniente para expresar las tasas de Infektividad calculadas a través del procesamiento de moscas por PCR y se recomendó utilizar siempre el indicador como TI expresada por 10.000 moscas.

Sesión IV**Delimitación del área endémica**

Moderador: Dr. Joao Batista Furtado Vieira

Relator: Dr. Ipojukan da Costa

En el proceso hacia la certificación de eliminación de la oncocercosis, los Programas Nacionales han ido avanzando en la depuración de la información sobre comunidades y poblaciones endémicas. En consecuencia, se ha visto la necesidad de revisar la información de las comunidades que, según varias fuentes, no reúnen factores de riesgo que favorezcan la transmisión y por lo tanto, no requieren ser incluidas en el tratamiento masivo.

Las comunidades actualmente clasificadas como endémicas que deberían ser re-evaluadas son aquéllas que posiblemente:

- ▶ Nunca hayan sido endémicas
- ▶ Fueron endémicas pero debido a cambios ecológicos trascendentales ya no presentan factores de riesgo que favorezcan la transmisión de la enfermedad.
- ▶ Comunidades que actualmente tienen más de 1,000 habitantes
- ▶ Cabeceras municipales que, además de tener un alto número de población, presentan un alto grado de urbanización

Brasil**Polos Base endémicos de Oncocercosis**

Las localidades de mayor endemidad se concentran en las áreas más altas de la sierra de Parima (principalmente próxima a la frontera con Venezuela), formando un verdadero epicentro hiper-endémico: Polos Base Xitei, Surucucu, Balawau y Homoxi.

Según la evaluación epidemiológica realizada entre 1993 y 1997, 19 Polos Base fueron clasificados como endémicos; en el 2000, se re-evaluó el Polo Base Misión Catrimani y fue clasificado como negativo por lo cual quedaron 18. En octubre del 2001, se re-evaluó el Polo Base Maturacá-Sao Gabriel y fue clasificado como negativo, de tal manera que para finales del 2001, quedaron 17 Polos Base endémicos.

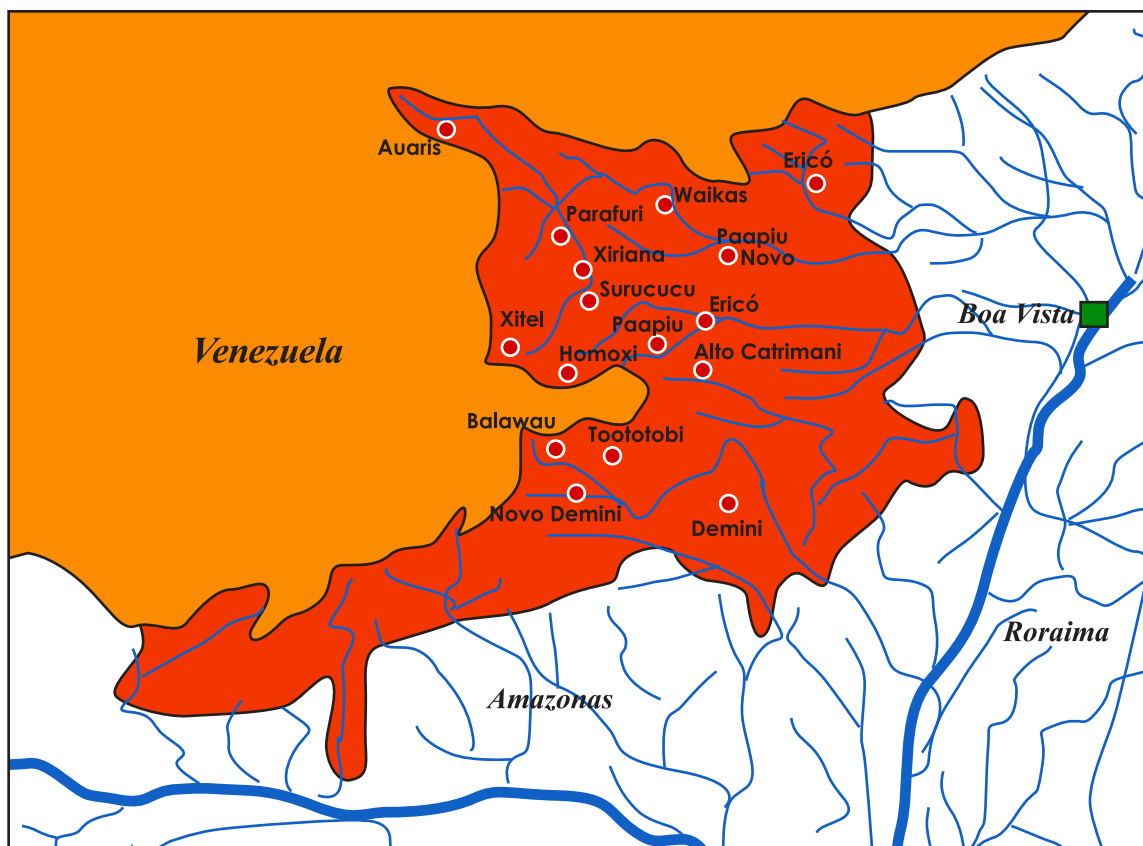
Detalles de la re-evaluación del Polo Base Maturacá-Sao Gabriel

Este Polo Base había sido clasificado como hipoendémico (3,6%) en 1995, pero debido a las siguientes características se puso en duda su endemidad.

- Se trata del Polo Base más apartado del epicentro hiperendémico, situado todavía más distante que las regiones de Mararari y Marauíá, las cuales fueron investigadas y clasificadas como no-endémicas.
- Está incluido en el área endémica de *Mansonella ozzardi*.

- En la re-evaluación del 2001 se encontró una tasa de positividad de 26.6% (mayor que la encontrada en 1995). Entre los positivos, no se observó sintomatología compatible con oncocercosis si no con mansonelosis. El profesor Mário Moraes, patólogo investigador experto en oncocercosis y en mansonelosis, hizo una revisión de los resultados y confirmó el diagnóstico de *Mansonella ozzardi*.

Área Yanomami, Brasil. Polos Base Endémicos de Oncocercosis



Distribución de los Polos Base, Población en riesgo y población elegible según nivel de endemidad, Brasil 2001.

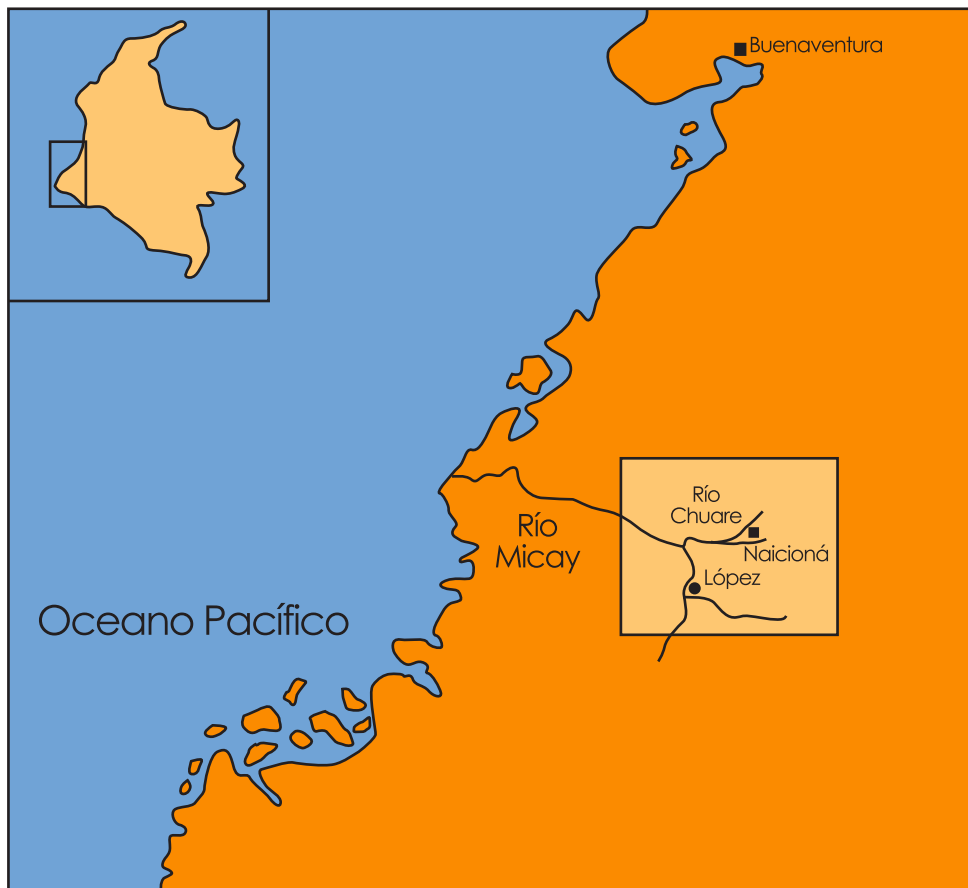
	Polo Base	Prevalencia basal (93-97)	Malocas	Población en riesgo	Población elegible
Área Hiperendémica	1 Tukuxim	83.16%	*	0	0
	2 Homoxi	78.31%	8	336	268
	3 Balawau	75.81%	10	297	237
	4 Surucucu (incluye Hakoma)	63.49%	37	1900	1519
	5 Xitei	62.69%	22	909	727
	SubTotal	69.65%	77	3442	2751
Área Mesoendémica	6 Toototobi	56.16%	7	308	246
	7 Paapiu (incluye Maloca Paapiu y Paapiu Novo)	47.25%	16	415	338
	8 Parafuri	43.10%	7	299	239
	9 Xiriana	37.24%	4	311	248
	10 Novo Demini	36.70%	2	206	164
	11 Palimiu	34.46%	8	391	312
	12 Alto Catrimani	34.21%	3	121	96
SubTotal	43.63%	47	2051	1643	
Área Hipoendémica	13 Auaris	10.92%	31	1723	1378
	14 Ericó	7.32%	12	316	252
	15 Aracá	6.78%	1	156	124
	16 Waikas	3.03%	3	99	79
	17 Demini	1.16%	1	117	93
	SubTotal	4.48%	48	2411	1926
Total Población Indígena			172	7904	6320
Población No Indígena				100	100
Gran Total				8004	6420

* Área yanomami de TUKUXIM

Esa región está clasificada claramente como hiperendémica desde el inicio de las evaluaciones. En el año 2000, la población se dispersó y construyó nuevas malocas en otras áreas, principalmente en la región de Parafuri.. Esa población de elegibles está incluida en las nuevas áreas donde residen actualmente. El Polo Base Tukuxim aparece, por consiguiente, con el status de desactivado, pero no desaparecido. En caso que en el futuro, la población retorne a residir nuevamente a región de Tukuxim, será reconsiderado como activo.

Colombia

- El foco de López de Micay, Cauca, se conoce desde 1965, pero se limitó a la comunidad de Naicioná en 1995, a través de una EER.
- En 1995 se hizo una EER en la zona rural de Tumaco, Nariño, frontera con Ecuador, cuyos resultados permitieron descartar la existencia de un foco fronterizo.

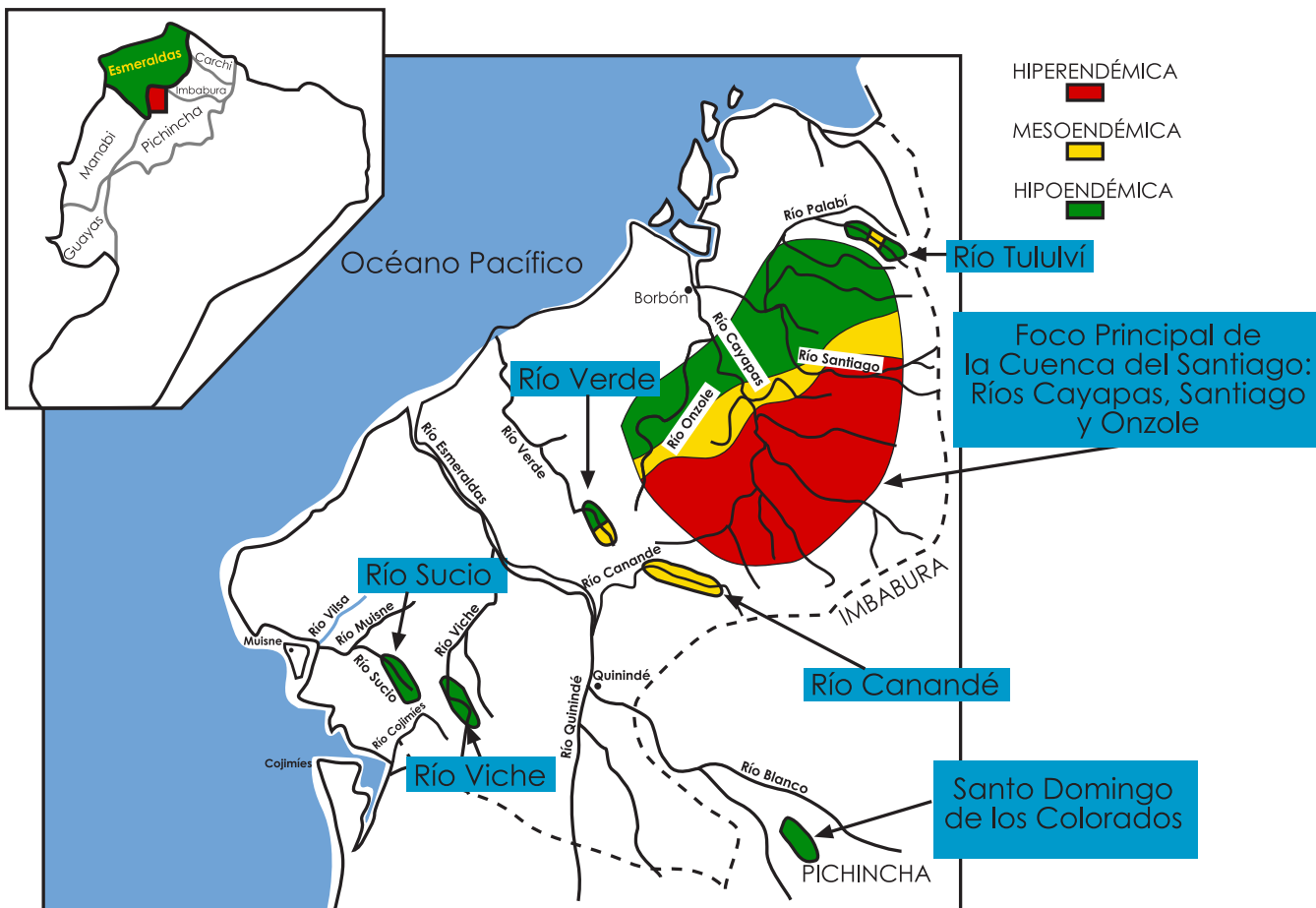


Población en riesgo y población elegible del área endémica, Colombia 2001.

Foco	Población en riesgo	Población de elegibles a tratamiento
Naicioná	390-397	430-440
Incluye Naicioná y otras localidades y grupos de mineros.	±1200	1140-1180

- Hubo sospecha de existencia de un foco en Barbacoas, Nariño, descartada por revisión de antecedentes históricos y epidemiológicos (año 2000).
- Naicioná es la única comunidad en donde hasta la fecha se ha demostrado transmisión de oncocercosis en Colombia.

Ecuador



Distribución de las comunidades, la población en riesgo y elegible por nivel de endemicidad, en el Ecuador, 2001.

Foco	Región	Total	Hiper	Meso	Hipo	Población en Riesgo	Población Elegible
Foco Principal	Río Cayapas	47	31	9	7	7,788	6,527
	Río Santiago	35	8	4	23	6,682	5,837
	Río Onzole	17	3	1	13	3,937	3,386
	Subtotal Foco Principal	99	42	14	43	18,407	15,750
Focos Satelitales	Río Tuluví (San Lorenzo)	3		1	2	375	317
	Río Canandé (Quinindé)	8		7	1	2,120	1,796
	Río Verde (Esmeraldas)	2		1	1	491	412
	Río Viche (Esmeraldas)	2			2	533	468
	Río Sucio (Musine)	3			3	585	501
	Santo Dgo. de los Colorados	2			2	939	873
Total focos satelitales		20			11	5,043	4,367
Total área endémica		119	42	23	54	23,450	20,117

- En 1997, se realizaron las últimas Evaluaciones Epidemiológicas Rápidas (EER), en comunidades sospechosas. En los últimos años, no se habían identificado ni evaluado comunidades nuevas sospechosas en el área endémica. En el 2001, se identificaron 30 comunidades como sospechosas y en 22 de ellas se realizaron EER y todas fueron negativas. Las restantes 8 comunidades, resultaron ser poblaciones que iban a comunidades endémicas en donde recibían tratamiento para oncocercosis.

Comunidades Sospechosas evaluadas en el foco endémico de Ecuador, 2001.

Río/Estero	No. de comunidades sospechosas	No. de comunidades evaluadas	No. de comunidades negativas
Estero Yanayacu	6	6	6
Río Cayapas	3		
Río Onzole	17	12	12
Río Palavil	2	2	2
Río Cojimíes	2	2	2
Total	30	22	22

En el foco satélite del Tululví se realizó una EER en 1997, en donde se demostró una positividad por biopsia de piel de 6.9%. En el 2001 se decidió re-evaluar este foco, para ver si la población estaba recibiendo el tratamiento y si no existían comunidades nuevas sospechosas en esta área. Solo una de las tres comunidades endémicas evaluadas resultó ser todavía positiva con una prevalencia de 3.3% y no se encontraron nuevos asentamientos poblacionales.

No.	Comunidad	No. de población estimada o censada	No. de examinados por biopsia y palpación de nódulos	No. de personas biopsia positiva	No. de personas con nódulos	CMFL	Prev Mf %
1	La Ceiba	169*	30	0	0	0	0
2	Salidero	119*	30	1	0	0.05	3.3
3	Guayabal	87*	38	0	0	0	0

* Población censada

Guatemala

En Guatemala, en los últimos años se ha venido mencionando la necesidad de revisar el inventario de comunidades que están clasificadas como endémicas debido a que, según algunas observaciones, en muchas de ellas no se encuentra ningún factor de riesgo que favorezca la transmisión. Un esfuerzo en este sentido permitiría definir con argumentos más sólidos, cuáles comunidades requieren y cuáles no, recibir tratamiento masivo con Mectizan. En esta categoría están incluidas comunidades de Huehuetenango (Cuilco), Santa Rosa (todos los 7 distritos), Escuintla (San Vicente Pacaya, Palín) y Guatemala (Villa Canales).

En el caso de Huehuetenango, hasta el año 2000, había 89 comunidades consideradas endémicas; sin embargo, en 46 de estas comunidades (ubicadas en 6 municipios) nunca se había dado tratamiento con Mectizan. Para tomar la decisión de incluirlas o no en el tratamiento masivo, se realizó una evaluación que incluyó los componentes entomológico, parasitológico y serológico. A través de las capturas de simulidos se determinó que no había presencia de *S. ochraceum* si no solo de *S. metallicum*. Todas las personas evaluadas por biopsia y por ICT (serología) fueron negativas. También se revisó la información sobre antecedentes que pudieran sustentar la endemidad de estas comunidades. Se obtuvo información de, por lo menos 4 evaluaciones realizadas previamente (1985, 1987, 1992, 1993), las cuales mostraban que solo en unas pocas comunidades había 1 o 2 personas positivas para nódulos o para biopsias. Con base en estos resultados se tomó la decisión de excluir estas 46 del inventario de comunidades endémicas y por lo tanto, no se incluyeron en el tratamiento masivo con Mectizan.

A partir del 2001, quedaron 43 comunidades clasificadas como endémicas en el departamento de Huehuetenango, todas pertenecientes al distrito de Cuilco, las cuales no fueron incluidas en la evaluación descrita anteriormente, debido a que ya estaban sometidas a tratamiento masivo. Sin embargo, hay fuertes indicios (sospechas) de que varias de estas comunidades no presentan las condiciones básicas para ser endémicas por lo cual está pendiente la realización de un ejercicio para determinar su endemidad.

Area endémica actual

Al analizar la distribución de las comunidades según el tamaño y el nivel de endemidad se encontró que:

- El 89% (461/ 518) de las comunidades son hipoendémicas
- El 21% (110/518) tienen población de más de 400 habitantes
- Las comunidades mesoendémicas son apenas el 3% (15/518) del total de comunidades.
- Dos (2) de las 15 comunidades mesoendémicas tienen más de 400 habitantes.
- El 8% (42/518) de las comunidades son hiperendémicas.
- Dos (2) de las 42 comunidades hiperendémicas tienen más de 400 habitantes y 4 tienen menos de 11 habitantes.

Distribución de las comunidades, la población en riesgo y elegible por nivel de endemicidad, en Guatemala, 2001.

Departamento	Total	Hiper	Meso	Hipo	Población en Riesgo	Población Elegible
Huhuetenango	43			43	23,658	21,485
Guatemala	14			14	1,990	1,830
Santa Rosa	37			37	10,959	8,720
Escuintla	103	1		102	51,532	41,452
Sololá	31	6	5	20	8,495	6,855
Chimaltenango	137	23	5	109	34,804	29,421
Suchitepéquez	153	12	5	136	51,121	42,050
Total área endémica	518	42	15	461	182,559	151,813

México

Oaxaca

- De 117 comunidades en el 2000, pasó a 98 comunidades en el 2001.
- Entre estas 98 comunidades, 46 tenían prevalencias de entre 2% a 5%, algunas de ellas determinadas por Reacción de Mazzoti. Como resultado del ejercicio preparatorio para la certificación de eliminación (2000), se recomendó analizar la información disponible para estas 46 comunidades con el fin de determinar cuáles comunidades requieren seguir bajo tratamiento. Posteriormente el Programa, con base en argumentos adicionales, ha señalado la necesidad de revisar no solamente 46 si no 70 comunidades.

Chiapas

De 836 comunidades endémicas en el 2000, pasó a 572 comunidades en el 2001; de las 264 comunidades que fueron excluidas, 29 correspondían al foco norte o chamula, de tal manera que para el 2001 quedaron únicamente 13 comunidades en este foco. La decisión de mantener estas 13 comunidades bajo tratamiento se basó en que:

- Tienen el mayor número de enfermos registrados (de los 143 enfermos registrados en el foco norte, el 55% eran de estas 13 comunidades)
- Reportaron los últimos enfermos en 1996, aunque algunos de ellos fueron diagnosticados por reacción de Mazzoti y no fueron confirmados como casos autóctonos.
- Existen antecedentes de presencia de simulidos
- La distribución de la población y de las comunidades endémicas por foco para el 2001 se presenta

La distribución de la población y de las comunidades endémicas por foco para el 2001 se presenta en el siguiente cuadro.

Distribución de las comunidades, la población en riesgo y elegible por nivel de endemicidad y foco, en México, 2001.

Nombre del Foco	Estado / Departamento	Comunidades Endémicas				Población en Riesgo	Población Elegible
		Total	Hiper	Meso	Hipo		
Oaxaca	Oaxaca	98	0	11	87	55,519	49,893
Chiapas	Chiapas	572	39	210	323	136,834	118,231
Suma		670	39	221	410	192,353	168,124

Venezuela

La delimitación del área endémica en el foco norte finalizó en 1999; sin embargo, durante los años siguientes se han hecho varios ajustes en el número de comunidades endémicas del país, por lo cual ha cambiando de la siguiente manera:

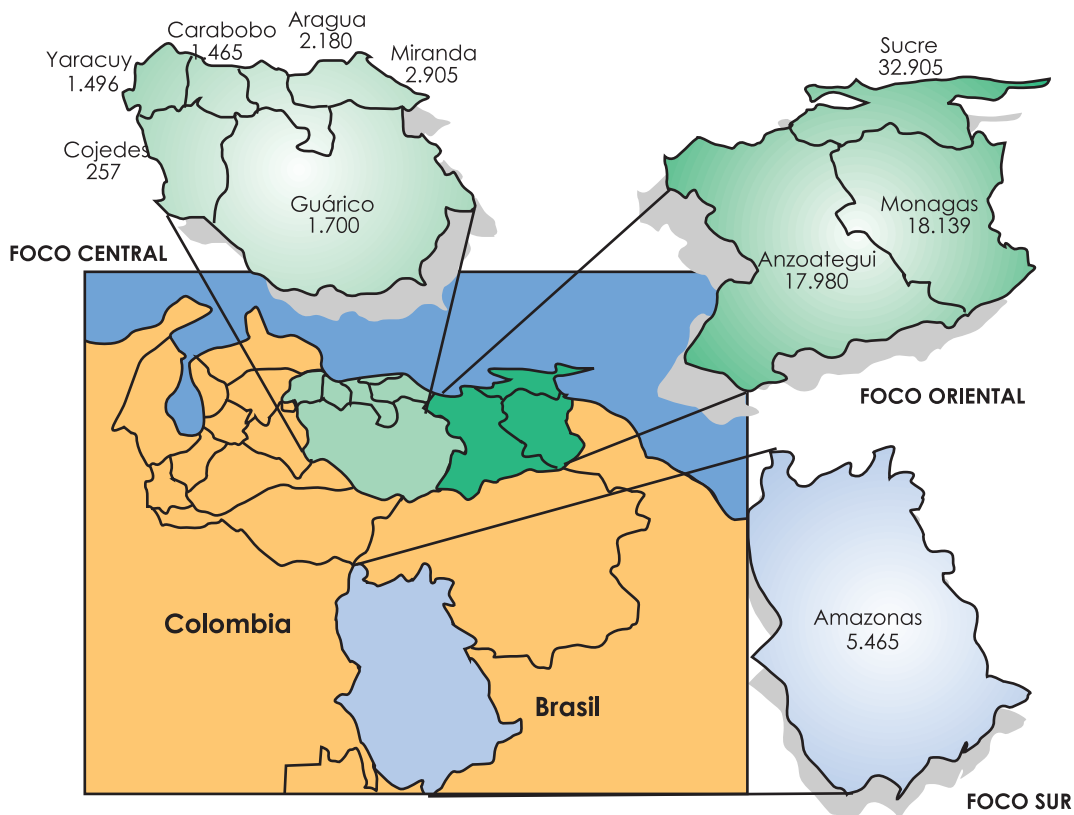
2000: 618 comunidades endémicas

2001: 609 comunidades endémicas

2002: 625 comunidades endémicas

Distribución de las Comunidades, la población en riesgo y elegible por nivel de endemicidad, foco y entidad federal, Venezuela, 2001.

Foco y Entidades Federales	Comunidades Endémicas				Población	
	Total	Hiper ($\geq 60\%$)	Meso ($>20\% < 60\%$)	Hipo ($\leq 20\%$)	Población en Riesgo	Población Elegible
Foco Nor-Oriental	465	35	197	233	81,815	69,024
Anzoátegui	83	7	39	37	20,536	17,980
Monagas	113	13	56	44	21,170	18,139
Sucre	269	15	102	152	40,109	32,905
Foco Nor-Central	45	1	2	42	11,611	10,003
Aragua	14	0	0	14	2,725	2,180
Carabobo	6	1	0	5	1,679	1,465
Cojedes	2	0	0	2	293	257
Guarico	10	0	2	8	1,953	1,700
Miranda	9	0	0	9	3,280	2,905
Yaracuy	4	0	0	4	1,681	1,496
Foco Sur	99	64	13	22	5,940	5,465
Amazonas	99	64	13	22	5,940	5,465
Total	609	100	212	297	99,366	84,492



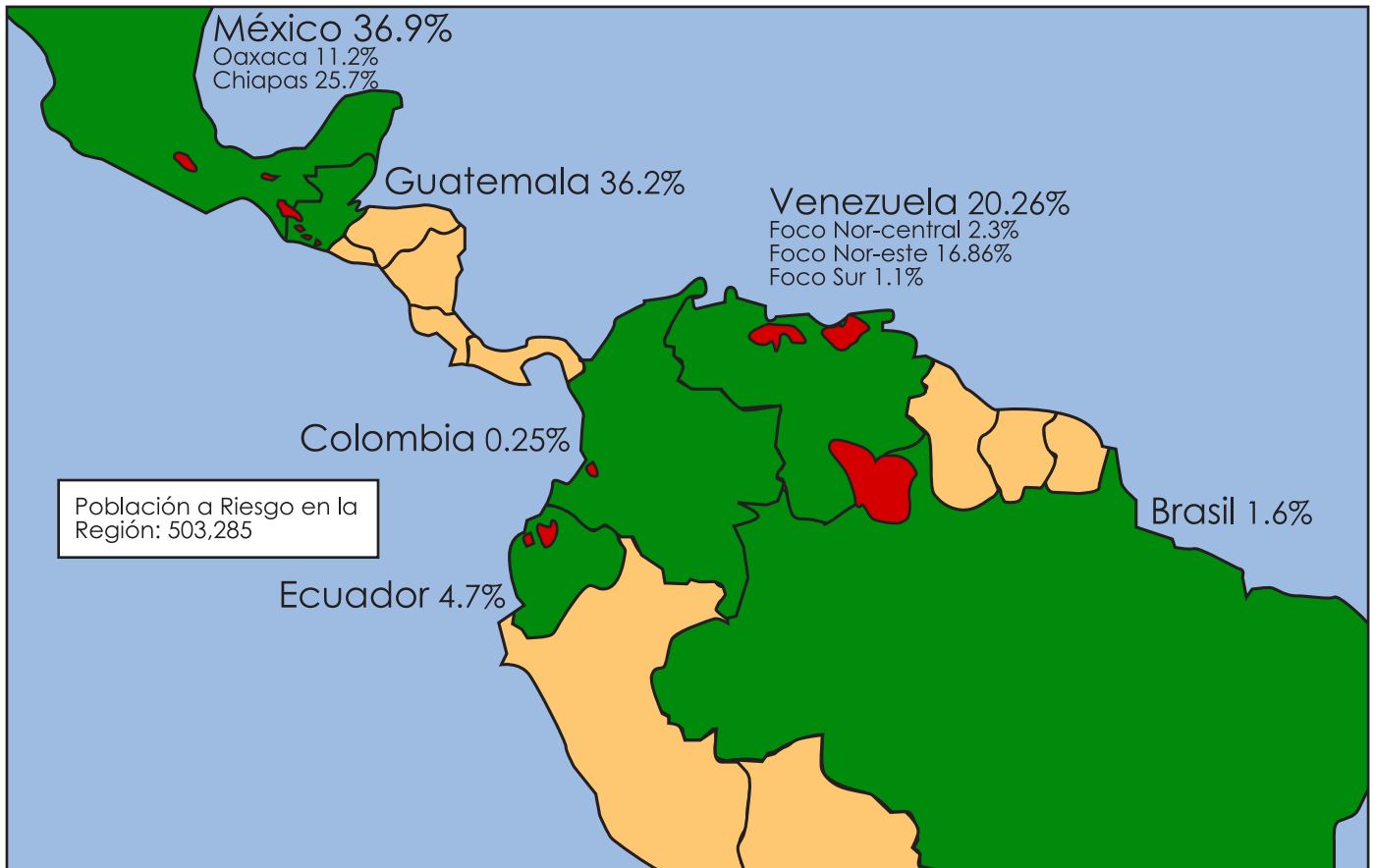
La Región

De acuerdo con los ajustes introducidos por cada uno de los programas nacionales hasta finales del 2001, los datos para la Región quedaron como se presentan en el siguiente cuadro y serán utilizados en el 2002 (el mapa de la distribución de la población en riesgo por país con respecto a la Región aparece en la página).




Distribución de Comunidades por país según nivel de endemicidad en las Américas, 2002.

País	Población en riesgo	% Total	Población elegible	% Total	Comunidades endémicas	% Total
Brasil	8,004	1.6	6,420	1.5	17	0.9
Colombia	1,270	0.3	1,163	0.3	1	0.1
Ecuador	23,671	4.7	20,156	4.7	119	6.1
Guatemala	182,559	36.3	151,813	35.7	518	26.6
México	185,790	36.9	158,614	37.3	670	34.4
Venezuela	101,938	20.3	87,471	20.6	625	32.1
Total	503,232	100	425,637	100	1950	100

Área Endémica de Oncocercosis en las Américas: Distribución Geográfica de la Población en Riesgo como Porcentaje del Total Regional.



Símbolos

-  País endémico para oncocercosis
-  Foco de oncocercosis
-  País no endémico de oncocercosis

Conclusiones Sesión IV: Delimitación del área endémica

- ▶ En varios países de la Iniciativa Regional, se considera que algunas comunidades sujetas a tratamiento con Mectizan, no presentan factores de riesgo para que haya transmisión de oncocercosis. Por lo tanto, se requiere la elaboración, en conjunto con todos los países, de un protocolo estandarizado, que permita definir con criterios sólidos, cuáles comunidades realmente requieren tratamiento y cuáles no.
- ▶ Se debe recordar que el primer paso en el proceso hacia la certificación de eliminación de la oncocercosis, es tener definidas las áreas que realmente son endémicas porque de lo contrario, se hace una inversión innecesaria de recursos. Por lo tanto, cada uno de los programas nacionales donde existen dudas acerca de la endecimidad de algunas comunidades que están siendo medicadas, deberán hacer esfuerzos para determinar su endemidad.
- ▶ Según la información presentada por los programas nacionales, se identifica que los países donde se requieren más urgentemente esfuerzos para delimitar el área endémica son los siguientes:
 - En Guatemala, comunidades de Huehuetenango (Cuilco), Santa Rosa (todos los 7 distritos), Escuintla (San Vicente Pacaya, Palín) y Guatemala (Villacanales).
 - En México, en el estado de Oaxaca, se ha señalado la necesidad de revisar la endemidad de no solo 43 comunidades si no de 70 comunidades.
 - En el estado de Chiapas, está pendiente la revisión del grupo de 13 comunidades del foco norte o Chamula que aún se mantienen con tratamiento masivo, a pesar de los argumentos que sugieren que en este foco nunca hubo transmisión.
- ▶ Adicionalmente, hay situaciones especiales en otros países como el caso del foco sur de Venezuela donde, debido a las dificultades de acceso al área, no se conoce exactamente el número de comunidades endémicas. En el foco norte hay por lo menos 5 localidades con población de elegibles mayor de 1,000 habitantes, las cuales deberían también ser revisadas para confirmar si requieren o no ser medicadas.

Sesión V

¿Qué modelos de distribución estamos utilizando ?

Brasil

Estrategias

La principal estrategia es el trabajo solidario y coordinado de FUNASA, a través de la Coordinación Regional de Roraima y DSEIY (Distrito Sanitario Especial Indígena Yanomami) con las siguientes ONG´s:

- URIHI - Saúde Yanomami
- Diocese de Roraima (DioRR)
- Médicos do Mundo— (MDM)
- Misión Evangélica de la Amazonía — (MEVA)
- Misión Nuevas Tribus de Brasil (MNTB)
- Instituto pelo Desenvolvimento Sanitário em Meio Tropical (IDS)
- Servicio de Cooperación con el Pueblo Yanomami (SECOYA)
- Instituto Salesiano Misionario de la Amazonía— (ISMA)
- Conselho Indigenista de Roraima (CIR)

Coordinación con Instituciones científicas

Además de la coordinación con las ONG´s, se mantiene también coordinación con instituciones científicas que dan el respaldo técnico-científico al Programa.

- Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
- INPA - Instituto de Pesquisas da Amazônia

Personal de las organizaciones involucrado en la asistencia a los indígenas y eventualmente en la distribución de Mectizan

ORG.	Médicos	Enfermeras	Auxiliares de Enfermería /Técnicos
URIHI	2	5	40
Diocese	1	1	23
MDM	1	-	7
MEVA	1	1	8
MNTB	1	1	6
DSEIY	1	1	18

Estrategia de distribución de Mectizan

El control del medicamento, la distribución, la coordinación y el control general está bajo la responsabilidad de la Coordinación Regional de FUNASA en Roraima. Los suministros de Mectizan a las ONG's se hacen conforme al plan para cada ronda. El registro de la distribución se hace en formularios que son posteriormente devueltos a FUNASA, junto con el balance del medicamento restante.

La distribución de Mectizan está asociada con otras actividades realizadas por los equipos de salud de las ONG's y del Distrito Sanitario Yanomami. No hay equipos exclusivos para Oncocercosis. El trabajo se fundamenta en la presencia permanente de profesionales en las áreas endémicas.

Capacitación

La preparación de los trabajadores del programa está inserta en la preparación general de los profesionales de las ONG's, especialmente los nuevos funcionarios, la cual se lleva a cabo a través de cursos y entrenamientos teóricos y prácticos en la propia área, adaptados a la rutina de los servicios.

Coordinación, gerencia y financiamiento

La responsabilidad institucional y la gerencia de las actividades de distribución de Mectizan están asignados a FUNASA, a través de sus sectores:

- ▶ DESAI/FUNASA - Brasilia-DF (DESAI-Departamento de Salud del Indio) e
- ▶ CDTV/CGVEP/CENEPI/FUNASA-Brasilia-DF (CDTV-Coordenação de Doenças Transmitidas por Vetores)

DESAI, con sus recursos propios, establece convenios formales con entidades prestadoras de servicios de asistencia a la salud indígena. En 2001, se realizaron convenios con ONGs que trabajan en el área yanomami, por valor de ~R\$ 12.000.000,00 (equivalente a US\$ ~4,800,000.00)

- ▶ URIHI: R\$ ~ 6.300.000,00
- ▶ Diócesis (RR): R\$ ~ 2.000.000,00
- ▶ Otras (IBDS, SECOYA, ISMA) R\$ ~ 3.700.000,00

Los convenios se establecen sobre planes de trabajo los cuales son objeto de acompañamiento técnico-administrativo y evaluación, con el fin de garantizar la correcta aplicación de los recursos.

Educación para la Salud

Las acciones propias de oncocercosis hacen parte del trabajo rutinario de las organizaciones involucradas en la atención en salud a los indígenas.

Material educativo ad hoc fue preparado y ha sido bastante útil. Se produjo una cartilla bilingüe (idioma yanomami y portugués) sobre oncocercosis, y un afiche. MDM promovió la producción de cartillas específicas por los propios indios, que son bastante útiles para facilitar la comprensión de la enfermedad y la adhesión de las comunidades al tratamiento.

Para apoyar las actividades de tratamiento, especialmente durante la primera ronda, URIHI involucra a un antropólogo y educadores, con la finalidad de promover y facilitar el tratamiento masivo.

FUNASA viene invirtiendo en la formación de agentes indígenas de Salud, lo cual podrá traer grandes beneficios para la sostenibilidad de las operaciones de tratamiento en los años venideros.

Encuentro anual

Cada año, en el mes de septiembre, se realiza con el apoyo de OEPA una reunión de trabajo con todas las organizaciones involucradas en el programa con el propósito de evaluar y planificar las acciones del Programa.

Propuestas 2001 -2002

- Entrenamiento lingüístico y en educación en salud para profesionales que trabajan directamente con los yanomami.
- Colaboración de yanomamis bilingües
- Nociones de matemática y portugués / yanomamis administrarán el tratamiento
- Oncocercosis en el currículum de A.I.S. (Agentes Indígenas de Salud)
- Producción de material didáctico bilingüe (cartillas, folder, afiches)
- Vídeo educativo (lógica yanomami proceso salud-enfermedad)
- Sistematización mínima de las acciones de educación
- Comité ejecutivo

Colombia

- Integración del programa con otros programas o servicios de salud
- Las EEP se han integrado con actividades de atención primaria (vacunación) y atención básica (consulta médica) en salud
- La distribución semestral de Mectizan se realiza independientemente de otras actividades
- Las responsables del tratamiento con Mectizan son dos (2) de promotoras de salud que también atienden los demás programas.
- No hay promotora en la comunidad a raíz de problemas internos
- Se identifican como logros:
 - ▶ Apoyo recibido por parte de la Dirección Departamental de Salud de Cauca y del Hospital San Miguel de López de Micay.
 - ▶ Haber conseguido coberturas por encima del 85% desde 1999.

Ecuador

Nuestras experiencias

Personal con responsabilidad en el tratamiento con Mectizan

Foco Endémico	Río	No. trabajadores de salud	No. personas de ONG	No. de personas de la comunidad	Total
Foco Principal de la Cuenca del Santiago	Santiago	21	1		22
	Cayapas	23	2	1	26
	Onzole	15	2		17
Focos Satélites	Tululví	2			2
	Canandé	10			10
	Verde	1			1
	Viche	1		1	2
	Sucio	1			1
	Santo Domingo de los Colorados				2
Total		74	5	4	83

- Hay 83 personas involucradas en las labores de tratamiento.
- 74 de ellos son Agentes Locales de Salud
- Solo cinco (5) están dedicados exclusivamente a oncocercosis
- Cuatro son coordinadores de río
- El organigrama del Programa establece:
 - Una coordinación de campo
 - Cuatro coordinadoras de río: 1 para el río Cayapas
1 para el río Onzole
1 para el río Santiago
1 para los focos satélites
- De las cuatro coordinadoras de río, 2 trabajan para la Jefatura de Area de Salud
- La coordinadora del río Santiago, es la señora Alba Chumo, auxiliar de enfermería que OEPA invitó para visitar Guatemala como mecanismo de intercambio experiencias.
- Las coordinadoras de río tiene la función de realizar la programación, coordinación y ejecución de las actividades de distribución de Mectizan y del paquete de salud comunitario.

- Cada una de las 4 coordinadoras de río es apoyada por un grupo de “facilitadores”, los cuales son auxiliares de enfermería o promotores de salud que en el transcurso de los años han mostrado habilidad especial para realizar las actividades de distribución de ivermectina. En el 2000, se realizó una capacitación para los facilitadores con el apoyo de OEPA.

Flujo de la información basada en la estructura del Programa

- Los facilitadores y ALS son encargados de llenar y actualizar el censo de la comunidad y realizar las labores de tratamiento. Ellos deben entregar la información a las coordinaciones de río, donde se hace una primera revisión de la información obtenida a través del trabajo en campo. Luego las coordinadoras de río llevan cada mes, esos datos al sistema de información del Programa, en donde se hace una segunda revisión de los censos y se va puliendo la información .
- Luego los datos van a la coordinación y dirección nacional del Programa que se encarga de dar los datos a las organizaciones nacionales e internacionales.
- La creación de la figura de facilitadores está ayudando para que el flujo de información funcione mejor.

Programación de la distribución de ivermectina

- Siempre se hace con el mismo mecanismo pero se presenta cómo se hizo este año como un ejemplo.
- En diciembre del 2000 se hizo una reunión de planificación de la distribución de ivermectina en forma conjunta con el paquete de salud comunitaria para las 119 comunidades, en coordinación con el Area de Salud, las coordinadoras de río y el personal técnico del programa.
- En enero de cada año, se realiza un taller de evaluación en el que participan la mayoría de los ALS. Con ellos se hace una revisión final de la programación de distribución de Mectizan para el primer semestre.
- Luego, todos los 22 de cada mes, se hace una reunión con facilitadores y personal técnico del programa, para fijar las fechas y organizar las visitas comunitarias.
- El monitoreo y la evaluación del trabajo de campo se realiza en una reunión trimestral con las coordinadoras de río y una reunión semestral con los facilitadores en las cuales se revisan los datos de coberturas alcanzadas. Allí se analizan los problemas registrados en comunidades que no lograron la meta de cobertura del 85%, si hay casos de renuencia, dónde hay que fortalecer las intervenciones educativas, etc.
- La reforma introducida al organigrama funcional del Programa ha permitido el empoderamiento de los facilitadores y de la gerencia operativa del programa, lo cual contribuye a la sostenibilidad.
- Se ha logrado que los facilitadores que están en mayor contacto con la población y con los ALS de las 119 comunidades, se den cuenta de la importancia que tiene alcanzar altas coberturas de tratamiento.

- Para dar dos rondas de tratamiento al año a partir del 2001, el programa ha tenido que hacer un gran esfuerzo en la parte operativa y financiera.
- No hemos presentado muchas cosas nuevas sobre el trabajo en educación debido a que hemos dedicado los esfuerzos a lograr altas coberturas en las dos rondas y a llenar espacios de estudios especiales para poder entender el comportamiento de la enfermedad. Sin embargo, queremos retomar la iniciativa en la preparación de nuevos elementos educativos que contribuyan a la sostenibilidad de la distribución de ivermectina. Tal vez ya no quedarnos en el nivel comunitario si no ir más abajo para tener una vigilancia epidemiológica individual, en donde cada persona en cada comunidad, sea un vigilante y nos diga quién no ha tomado el medicamento, quién tiene nódulos.

Guatemala

Proceso para lograr mayor participación comunitaria en el programa

En noviembre del 2000, con la realización de un taller de planificación, se dio inicio al proceso para incrementar la participación comunitaria en el programa y así lograr coberturas de tratamiento por encima del 85%. En este primer taller, participaron 2 representantes de cada una de las 7 Areas de Salud endémicas de oncocercosis. Los participantes establecieron como meta para el 2001 “lograr la identificación y capacitación de al menos un Colaborador Voluntario por cada una de las localidades endémicas”.

Adicionalmente, todas las 7 Areas de Salud incluyeron en sus planes la realización de capacitaciones para:

- ▶ grupos de trabajadores institucionales y
- ▶ grupos de Colaboradores Voluntarios

Asesoría metodológica

Con el apoyo de OEPA, se contrató una consultora de corto plazo, quien asesoró a la coordinación nacional del programa en el diseño pedagógico de los talleres institucionales y brindó acompañamiento metodológico a los equipos de las Areas y Distritos de Salud, en el proceso de capacitación para trabajadores y Colaboradores Voluntarios.

Proceso de capacitación en cascada

El primer paso fue la realización de un taller en cada una de las 7 Areas de Salud, dirigido a su equipo coordinador, los cuales se llamaron talleres institucionales.

Los representantes de los Distritos de Salud que participaron en el taller institucional, lo replicaron con el apoyo de la consultora, para sus equipos de salud.

Los equipos de salud distritales planificaron y realizaron los talleres para Colaboradores Voluntarios. Las fechas, los lugares, el número de participantes, el número de talleres, la agenda y los materiales a utilizar, fueron establecidos por los equipos de salud, con el acompañamiento de la consultora de corto plazo.

Alcances de la intervención educativa

- Siete (7) talleres institucionales
- 20 talleres con equipos distritales
- 56 talleres con Colaboradores Voluntarios
- 274 trabajadores del Ministerio de Salud Pública (Direcciones de Areas y Distritos de Salud) capacitados y motivados para participar en el Programa
- 1252 colaboradores voluntarios capacitados y motivados para participar en el tratamiento con Mectizan

Resultados de la intervención educativa

- Mayor participación de los trabajadores de los distritos en el tratamiento. No solo los trabajadores de Enfermedades Transmitidas por Vectores (en algunas áreas)
- Una red de más de mil Colaboradores Voluntarios como base social del Programa
- Vinculación de otras personas de la comunidad al tratamiento como maestros, parteras y alcaldes auxiliares.

México

El Programa de Oncocercosis de México cuenta con 175 trabajadores, distribuidos en los estados de Chiapas y Oaxaca como lo muestra en el siguiente cuadro.

Personal con responsabilidad en el tratamiento con Mectizan, México

Estado	No. trabajador de salud	No. de Promotores Voluntarios	Total
Chiapas	125	100	235
Oaxaca	50	0	50
Total	175	100	285

Talleres de capacitación

A partir de julio de este año, con el apoyo de OEPA, se contrató una consultora de corto plazo con el objetivo de Asesorar al Programa de Oncocercosis de Chiapas para fortalecer y consolidar la base social y comunitaria del programa. Con el apoyo técnico y organizativo de esta consultora, se realizó en agosto, en San Cristóbal de las Casas, el taller “Actualización sobre el proceso hacia la eliminación de la oncocercosis y herramientas metodológicas para fortalecer el trabajo educativo en las comunidades”. Los 125 trabajadores se distribuyeron en 5 talleres, cada uno de dos días con 25 participantes.

Réplicas en la comunidad

De septiembre a noviembre, se realizaron sesiones con los equipos de trabajadores de las jurisdicciones de Huixtla y Comitán, para preparar los talleres de réplica en la comunidad.

Como resultado, se realizaron 6 talleres a través de los cuales fueron capacitados 100 promotores de la comunidad (56 en Huixtla y 44 en Comitán).

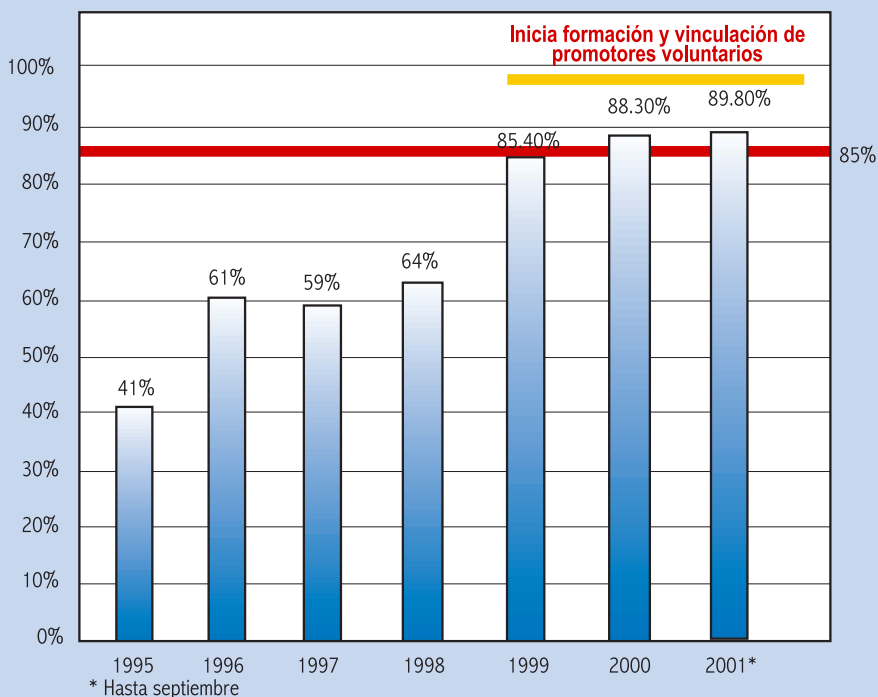
Nuestro Trabajo con Promotores Voluntarios

Experiencia presentada por Abel Ribera Pérez, Responsable del Programa de Oncocercosis en la jurisdicción de Comitán, Chiapas, México

En la década de los 90 se introdujo una modificación a la forma como se realizaban las visitas a las comunidades, pues se empezó a dar información a los alcaldes municipales sobre el programa de trabajo que llevábamos.

El principal problema que teníamos era las bajas coberturas de tratamiento en la segunda ronda del año. Entonces, primero convencimos a los compañeros que debíamos cambiar y no esperar a que la gente llegara a nuestra sede (punto central de distribución) si no que debíamos realizar visitas domiciliarias para localizar a los reuantes.

Evolución de la cobertura de tratamiento en segunda ronda 1995-2001, y el impacto de la vinculación de Promotores Voluntarios de la Jurisdicción de Comitán, Chiapas, México.



Además, promovimos la formación de Comités de Promotores Voluntarios para apoyar a las brigadas y elevar las coberturas. Como resultado, a partir de 1999 alcanzamos una cobertura mayor al 85% en la segunda ronda y como, se observa en la gráfica, en los años siguientes se ha continuado aumentando hasta llegar en el 2001, al 89.8 en septiembre cuando todavía falta una última visita a las comunidades.

A partir de las capacitaciones que OEPA ha apoyado desde 1998, se han incrementado los comités de promotores voluntarios conformados por personas con vocación de servicio. El único estímulo que tienen es la excepción del cobro de la consulta para él y su familia en los centros de salud y Hospitales de la región.

Agradecemos a OEPA por las capacitaciones que se han hecho para el personal y por el apoyo que nos ha brindado para la realización del taller con los promotores, pues gracias al trabajo con los ellos hemos logrado aumentar las coberturas.

Oaxaca

La distribución del Mectizan es realizada por las brigadas a través de puestos de distribución o casa a casa.

El programa cuenta con 40 trabajadores de base y 10 contratados como eventuales, para realizar el tratamiento masivo con Mectizan en las 98 comunidades endémicas del Estado.

Talleres de capacitación

En el mes de octubre se llevó a cabo un taller de capacitación para los 50 trabajadores, distribuidos en 2 grupos de 25 participantes. El taller fue conducido por una consultora de corto plazo contratada por OEPA. Todos los trabajadores solicitan que se sigan realizando este tipo de talleres de capacitación.

Estrategia para el 2002

Para el 2002, el programa buscará mayor participación comunitaria, es decir, que el programa se adhiera a la estrategia de municipios saludables e implementar la vinculación promotores voluntarios

Venezuela

Recursos humanos con responsabilidad en la distribución masiva de Mectizan por focos y entidades federales Venezuela 2.001

Focos Y Entidades Federales	Número Trabajadores de la Salud	Número Personas De ONG	Número Personas de la Comunidad	Total
Foco Nor-Oriental	195	91	311	597
Anzoátegui	56	0	50	106
Monagas	62	0	38	100
Sucre	77	91	223	391
Foco Nor-Central	57	0	44	101
Aragua	21	0	19	40
Carabobo	6	0	6	12
Cojedes	3	0	2	5
Guarico	11	0	5	16
Miranda	10	0	8	18
Yaracuy	6	0	4	10
Foco Sur	22	0	0	22
Amazonas	22	0	0	22
Total	274	91	355	720

Estrategias para lograr la Meta Final de Tratamiento (MFT):

- Horizontalizar las actividades de distribución masiva de Mectizan, vinculándolas al Modelo de Atención
- Integral de los servicios locales de Salud.
- Intensificar y consolidar las actividades de educación para la salud y participación comunitaria en la perspectiva de fortalecer y garantizar el logro de altas coberturas de tratamiento y la sostenibilidad.

Horizontalización de las actividades de distribución masiva de Mectizan

Fases del proceso:

1. Reunión técnica con equipos regionales
2. Reunión técnica con equipos municipales de salud y otros entes (educación, alcaldías, comisarios de comunidades, etc.)
3. Capacitación
4. Evaluación de la capacitación

Capacitación

Momento A
Momento B

Actividades

- Sesión educativa: epidemiología, clínica, diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad.
- Uso de estrategias metodológicas de educación para la salud, con énfasis en el proceso de comunicación humana y en la transmisión de mensajes.

Aspectos metodológicos relevantes

- El equipo del programa regional de oncocercosis capacita en un Momento A.
- En un Momento B, los capacitados en el Momento A, replican bajo la supervisión del equipo regional.
- La planificación de la capacitación a nivel comunitario se establece conjuntamente con los participantes del Momento A.
- La organización de grupos se realiza durante la fase de capacitación; estos grupos podrían servir de base para el trabajo comunitario en otras endemias como dengue, cólera, etc.
- Los grupos organizados reciben otra capacitación directamente en sus comunidades, relacionada con el tratamiento y las reacciones secundarias.
- Los equipos locales de salud y la comunidad realizan la distribución masiva de tratamiento bajo la supervisión del equipo regional de oncocercosis y el médico local. Es sumamente importante el monitoreo y tratamiento de las reacciones secundarias.
- Durante la fase de tratamiento se contactan renuentes para tratar de contrarrestar esta conducta; así mismo se contactan las personas que presentan reacciones secundarias para recordarles, una vez más, que éstas se producen por la muerte de las microfilarias y la importancia de la continuidad del tratamiento.

Conclusiones y recomendaciones Sesión V: ¿Qué modelos de distribución estamos utilizando?

Moderador: Dr. Julio Castro
Relator: Dra. Cynthia García

Conclusiones

- A través de la información presentada por los programas nacionales, se observa que en varios de los países en los cuales el componente de participación comunitaria no había sido desarrollado, en este momento hay una tendencia cada vez mayor, a vincular Colaboradores de las comunidades en la distribución de Mectizan. Este es el caso de Guatemala y México, que durante el 2001, realizaron actividades en este campo. Estos esfuerzos vienen a adicionarse a los avances que se han logrado desde años atrás, en Ecuador y Colombia.
- En algunos países se han realizado talleres de capacitación para los equipos de trabajadores institucionales y para grupos de Promotores Voluntarios de las comunidades. Se debe destacar el trabajo realizado por el Programa de Guatemala por la amplia intervención educativa llevada a cabo durante el año 2001, a través de la cual se realizó un número importante de talleres.
- Se observa una tendencia cada vez mayor a articular las actividades del programa de oncocercosis con el conjunto de los servicios de salud.
- El rol de la mujer ha sido de gran importancia en las actividades de las áreas endémicas de oncocercosis. Por ejemplo en Guatemala, el 70% de los Colaboradores Voluntarios son mujeres.

Recomendaciones

- Se recomienda a todos los programas nacionales, mantener sus esfuerzos en la búsqueda por vincular a las comunidades a la distribución de Mectizan, con el fin de fortalecer la sostenibilidad de sus programas.
- Se recomienda continuar buscando los mecanismos para que las actividades del programa de oncocercosis estén integradas a los servicios de salud.
- Fomentar el monitoreo y la evaluación de las actividades de capacitación, identificando los indicadores para medir el impacto de las intervenciones educativas.
- Promover la elaboración de materiales educativos sobre oncocercosis en cada país, de acuerdo con

Conclusiones y Acuerdos de la Conferencia

- Todos los programas se comprometieron a alcanzar y mantener, a partir del 2002, una cobertura superior al 85% de la Meta de Elegibles para Tratamiento (MET), en cada ronda semestral, para todas las comunidades endémicas. Guatemala y Venezuela necesitan de un apoyo especial para alcanzar la meta.
- Los países se comprometieron a dar la primera ronda de tratamiento durante el periodo enero-junio y la segunda ronda en el periodo julio-diciembre.
- Los representantes de los países reafirmaron su compromiso de interrumpir la transmisión de oncocercosis en toda la Región para el año 2007, pero es necesario el soporte financiero y el compromiso político para ayudar a los países a alcanzar la meta.
- Los hechos relevantes durante el 2001 en el marco de la Iniciativa Regional, fueron:
 - Por primera vez, el Programa Brasileño logró coberturas superiores al 85%
 - El Programa Ecuatoriano, inició en este año, la distribución de Mectizan dos veces al año, en todas sus comunidades endémicas.
 - El Programa de Guatemala, desarrolló una amplia intervención educativa a través de la cual capacitó a más de mil Colaboradores Voluntarios y cerca de 500 trabajadores de salud, para participar en las actividades de tratamiento con Mectizan.
- A través de la información presentada por los programas nacionales, se observa que en varios de los países en los cuales el componente de participación comunitaria no había sido desarrollado, en este momento hay una tendencia cada vez mayor, a vincular Colaboradores de las comunidades en la distribución de Mectizan. Este es el caso de Guatemala y México, que durante el 2001, realizaron actividades en este campo. Estos esfuerzos vienen a adicionarse a los avances que se han logrado desde años atrás, en Ecuador y Colombia.
- Todos los datos nos llevan a concluir que el tratamiento masivo con Mectizan ha tenido un impacto significativo en la presencia de la oncocercosis en la Región, visto a través de las comunidades centinelas:
 - reducción de más del 70% en la prevalencia de microfilarias detectables en piel,
 - reducción de más del 80% en la prevalencia de Microfilarias en Cámara Anterior
- Existen indicaciones fuertes de que se está logrando la eliminación de la morbilidad y la supresión de la transmisión en los focos de Colombia, Ecuador y Oaxaca (México).
- Los resultados obtenidos para Queratitis Punteada en la mayoría de los países son confusos e inconsistentes y al parecer, dependen en gran medida del nivel de experiencia del oftalmólogo que realiza la evaluación. Por esta razón, se recomienda dejar como único indicador de eliminación de morbilidad el de Microfilarias en Cámara Anterior.
- Continuar con el seguimiento de las comunidades centinelas (EEP) con:
 - rigurosidad y calidad:** es decir, cumpliendo las normas acordadas para la Región
 - oportunidad:** por ejemplo, evaluación parasitológica previa al tratamiento; evaluación entomológica, en períodos de alta transmisión.

- Recuperar, organizar y analizar la información de las comunidades centinelas retrospectivamente, de tal manera que se pueda tener el contexto completo, para entender mejor la situación actual.
- Se estableció el compromiso de llevar un registro y reportar trimestralmente el tratamiento individual en las comunidades centinela.
- Con el fin de que los resultados obtenidos a través de las evaluaciones entomológicas sean válidos y comparables entre países, se recomienda apegarse a los lineamientos establecidos en la Guía aprobada por la OMS en el 2000.
- Continuar con la utilización de la técnica de PCR para la determinación de las tasas de infección en las especies vectoras, debido a su especificidad, sensibilidad y la capacidad de procesamiento de un gran número de moscas.
- En varios países de la Iniciativa Regional, se considera que algunas comunidades sujetas a tratamiento con Mectizan, no presentan factores de riesgo para que haya transmisión de oncocercosis. Por lo tanto, los programas nacionales donde existan dudas al respecto, deberán hacer esfuerzos para validar la información sobre la endemidad de estas comunidades.
- La mayoría de los participantes en IACO 2001, opinaron que la nueva metodología aplicada en esta Conferencia, realizando sesiones por temas con participación de todos los países, fue muy acertada y tuvo las siguientes ventajas:
 - ▶ Mejoró el nivel de participación y de interacción entre los asistentes
 - ▶ Propició mayor diálogo e intercambio entre países
 - ▶ Permitted profundizar en la discusión de temas particularmente críticos
 - ▶ Facilitó la formulación de conclusiones y acuerdos con la participación de todos.
 - ▶ Entre todos se definieron las prioridades y se buscaron alternativas de solución
 - ▶ El IACO fue un espacio dinámico y de integración entre los involucrados en la Iniciativa Regional
- El modelo matemático SIMONA debe adaptarse a las dinámicas de transmisión y a las especies de vectores en otros países.
- Isabelle Nuttall de OMS/Ginebra hizo una excelente presentación sobre el “Health Mapper” usando algunos de los datos de los países e ilustrando su potencial. Varios coordinadores de los programas expresaron su interés en este software. Los representantes de OPS/OMS plantearon que darán seguimiento a esta iniciativa, llevando a cabo actividades de capacitación en la región.

Anexo 1

XI Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis IACO 2001

Hotel Sheraton María Isabel,
Ciudad de México, 27,28 y 29 de noviembre 2001

¿Qué tan cerca estamos de la eliminación de la oncocercosis en América?

Lunes 26:

20:00 Cóctel en honor del Ex-Presidente Carter

Martes 27:

09:00 – 10:00 Ceremonia de Inauguración

- Presentación del Presidium
- Palabras de Bienvenida: Dr. Roberto Tapia Conyer, Sub-Secretario de Prevención y Control, Secretaría de Salud de México
- Mensaje de Merck, Sharp & Dohme de México, Dr. José Luis Román
- Relevancia del Tema Central de IACO: “Qué tan cerca estamos de la eliminación de la oncocercosis en América” Dr. Mauricio Sauerbrey, Director de OEPA.
- Mensaje del Ex-presidente de Estados Unidos, Sr. Jimmy Carter
- Discurso Inaugural del Secretario de Salud de México: Dr. Julio Frenk Mora.

10:00 – 10:30 Receso (Toma de fotografía del grupo asistente)

10:30 – 10:45 “La Oncocercosis en el contexto global de Salud Pública”
Dra. María Neira, OMS/Ginebra

10:45 – 11:00 Discusión y preguntas

11:00 – 11:15 **Presentación metodológica de la Conferencia**

Sesión I: ¿Cómo van nuestras coberturas de tratamiento?

11:15 – 11:30 Introducción sobre la estrategia de la iniciativa regional

11:30– 12:30 Brasil, Ecuador, Venezuela, Colombia, Guatemala y México

12:30 – 13:30	Receso
13:30 – 14:00	“Revisión del impacto alcanzado en la eliminación de la oncocercosis, a través del tratamiento con Mectizan® en las Américas” Dr. Carlos González Peralta
14:00 – 14:30	Discusión, conclusiones y recomendaciones

Sesión II: ¿Qué tan cerca estamos de eliminar la morbilidad?

14:30 – 14:45	Nota introductoria: indicadores
14:45 – 15:15	“Guía para las evaluaciones oftalmológicas” Dr. Roberto Proaño
15:15 - 15:45	Receso
15:45 – 17:45	Brasil, Ecuador, Venezuela, Colombia, Guatemala y México
17:45 – 18:15	Discusión, conclusiones y recomendaciones

Miércoles 28

Sesión III: ¿Qué tan cerca estamos de suprimir la transmisión?

08:30 – 08:45	Nota introductoria: indicadores
08:45 – 10:45	Brasil, Ecuador, Venezuela, Colombia, Guatemala y México
10:45 – 11:15	“PCR en Ecuador”, Dr. T. Unnasch
11:15 – 11:45	Receso
11:45 – 12:30	Discusión, conclusiones y recomendaciones

Sesión IV: Delimitación del área endémica de oncocercosis en las Américas

- 14:30 – 16:30 Brasil, Ecuador, Venezuela, Colombia, Guatemala y México
- 16:30 – 17:00 Discusión, conclusiones y recomendaciones
- 17:00 – 17:30 Manejo del Programa “Helth Mapper”
Dra. Isabel Nuttal, OMS/Ginebra
- 17:30 – 17:45 Preguntas y discusión

Jueves 29

Sesión V: ¿Qué modelos de distribución estamos utilizando? Nuestras experiencias

- 08:15 – 8:45 Brasil, Ecuador, Venezuela, Colombia, Guatemala y México
- 8:45 – 9:15 Discusión, conclusiones y recomendaciones

Sesión VI: Sistemas de simulación y sus ventajas

- 9:15 – 9:30 Programa ONCHOSIM
Dr. Frank Richards
- 9:30 – 10:00 Modelo de simulación para Oncocercosis en América (SIMON-a)
Dr. John B. Davies
- 10:00 – 10:15 Preguntas y discusión
- 10:15 – 11:00 Receso
- 11:00– 12:30 Conclusiones y acuerdos de la Conferencia
- 12:30 - 13:15 Clausura:
•Presentación del Presidium
•Informe de las Conclusiones de la Conferencia
•Mensaje de Clausura por el Dr. Roberto Tapia Conyer
•Sub-Secretario de Prevención y Control, Secretaría de Salud de México

Anexo 2

Lista de Participantes IACO 2001

Ciudad de México, 27,28 y 29 de noviembre 2001

Delegados y participantes por los países

Brasil

Dr. Joao Batista F. Vieira Director Programa de Oncocercosis -Fundación Nacional de Salud (FNS),
Dr. Ipojukan da Costa Coordinador Regional - Boa Vista, FNS

Colombia

Dr. Santiago Nicholls Director Programa de Oncocercosis, Instituto Nacional de Salud
Dr. Iván Mejía Coordinador, Control de Vectores, Dirección Departamental de
Salud del Cauca

Ecuador

Dr. José Rumba Director Programa de Oncocercosis, Servicio Nacional para Erradicación
de la Malaria (SNEM)
Dr. Juan Carlos Vieira Coordinador Programa de Oncocercosis, Hospital Vozandes

Guatemala

Dr. Julio Castro Director Programa de Oncocercosis, Ministerio de Salud
Dr. Pedro Yax Coordinador Programa de Oncocercosis, Ministerio de Salud
Sr. Roberto Granados Coordinador Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV),
Área de Salud Suchitepéquez

México

Dr. Jorge Méndez Galván Director Nacional de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Secretaría
de Salud
Dr. Carlos Contreras Subdirector Nacional de Enfermedades Transmitidas por Vectores
Dra. María Eugenia Orozco Programa de Oncocercosis, Secretaría de Salud
Lic. Gerardo Reyes Entomólogo Programa de Oncocercosis
Lic. Vicente Reyes Cabrera Secretaría de Salud, Programa de México
Dr. Rafael Aragón Kuri Secretario de Salud del Estado de Oaxaca
Dr. Efraín Herrera Colmenares Subdirector de Salud Pública, Secretaría de Salud Oaxaca
Dr. Armando Altamirano Director de Servicios de Salud, Secretaría de Salud-Oaxaca
Dr. Jorge Mendoza Rojas Jefe del Departamento de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Oaxaca
Dr. Ramón Segura Arenas Coordinador Estatal Programa de Oncocercosis Oaxaca
Sr. Valeriano Cruz Bautista Jefe de Sector Programa de Oncocercosis Oaxaca
Sr. Sergio Ramírez Paz Jefe de Sector Programa de Oncocercosis Oaxaca
Sr. Conrado Méndez Venegas Jefe de Sector Programa de Oncocercosis Oaxaca
Sr. Sabel Torres Pérez Jefe de Sector Programa de Oncocercosis Oaxaca
Sr. Rabí Hernández Pérez Supervisor Programa de Oncocercosis Oaxaca

Dr. Ángel René Estrada Arévalo	Secretario de Salud del Estado de Chiapas
Ing. Jaime Grajales	Jefe del Departamento de Enfermedades Transmitidas por Vectores Chiapas
Dr. Salustio Nájera	Coordinador Estatal Programa de Oncocercosis Chiapas
Sr. Abel Rivera Pérez	Responsable del Programa de Oncocercosis en la Jurisdicción III, Comitán
Sr. Romeo Villagrán	Responsable del Programa de Oncocercosis en la Jurisdicción IV, Villaflores
Sr. Magín Méndez	Responsable del Programa de Oncocercosis en la Jurisdicción VIII, Tonalá

Venezuela

Dra. Cinthia García	Coordinadora, Instituto de Biomedicina
Dr. Harland Schuler	Coordinador Programa de Oncocercosis, Instituto de Biomedicina
Dra. Fátima Garrido	Ministerio de Salud de Venezuela

Comité Coordinador del Programa (PCC)

Dr. Robert Klein	CDC, MERTHU, Guatemala
Dr. Frank Richards	CCI , Atlanta, USA
Dr. John Ehrenberg	Responsable Oncocercosis, OPS Washington
Sr. Craig Withers	CCI
Dr. Julio Castro	Representante por los Países (Guatemala)
Dr. Jorge Méndez Galván	Representante por los Países (México)
Dr. Roberto Proaño	Experto independiente
Dr. Charles Mackenzie	Experto independiente

Carter Center

Dr. Donald Hopkins	Associate Executive Director
Wanjira Mathai	Senior Program Officer, The Carter Center, Inc.
Dana Lee	Business Manager, The Carter Center, Inc.
Dra. Rachel Barwick	Program Epidemiologist, The Carter Center, Inc.

Fundación Club de Leones Internacional

Dr. Fernando Rojas	Club de Leones International
Dr. Libardo Bastides	Club de Leones International
Mr. Francisco de Oliveira Neto	Club de Leones International
Mr. Mark Bularzik	Club de Leones International

OPS – OMS

Dra. Maria Neira	Directora de la División para el Control, Prevención y Erradicación de Enfermedades Trasmisibles, OMS, Ginebra
Dr. Stephen Corber	Director de la División para la Prevención y Control de Enfermedades, OPS, Washington
Dr. Markus Berhend	Departamento para el control, prevención y erradicación de enfermedades transmisibles OMS, Ginebra
Dr. Mario Valcárcel	OPS-Venezuela

Merck Sharp & Dohme

Dr. Phillipe Gaxotte	Director médico, Paris, Francia
Sr. Javier Marín	MSD México
Sra. Leticia Narváez	MSD México

Comité de Donación de Mectizan

Dra. Mary Alleman	Directora asociada, Atlanta
-------------------	-----------------------------

Conferencistas

Dra. Isabelle Nuttall	OMS-Ginebra
Dr. Thomas Unnasch	Experto en PCR, Universidad de Alabama, USA
Dr. John Davies	Consultor a Corto Plazo/OEPA

Invitados especiales

Dr. Jorge Ricardez	Consultor de corto plazo OEPA
Dr. Héctor Margelli	Consultor de corto plazo OEPA
Dr. Carlos González	Experto independiente
Dr. Mario Alberto Rodríguez	Experto independiente

OEPA

Dr. Mauricio Sauerbrey	Director
Dr. Guillermo Zea	Asesor Experto
Dr. Alfredo Domínguez	Consultor en Epidemiología
Lic. Alba Lucía Morales	Consultora en Educación en Salud
Lic. Giovanni Ruano	Consultor en Sistemas Información
Lic. Luis Erchila	Oficial Financiero



**XI Conferencia
Interamericana
sobre Oncocercosis
IACO 2001**



Dirección oficina de OEPA
14 Calle 3-51 Zona 10
Edificio Murano Center
Oficina 801. 01010, Guatemala
Tel.: (502) 366 61 06 – 09
Fax: (502) 366 61 27
Email: oepe@guate.net