



MSD



XII Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis

IACO 2002

Relatoría

Tema central:

“Nuevos enfoques para acelerar la
eliminación de la Oncocercosis”

Manaus, Estado de Amazonas, Brasil,
19 al 21 de noviembre 2002

Portada: Representantes de los países que componen la iniciativa en el XII IACO y actividades de Oncocercosis en el campo.
Producción: Programa para la eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA).
Edición: Dr. Guillermo Zea Flores, con la asistencia del personal técnico y logístico de OEPA.
Diagramación: Do Art
Tiraje: 350 ejemplares
Lugar y fecha: Ciudad de Guatemala, Agosto 2003.

Equipo de OEPA:

Director:	Dr. Mauricio Sauerbrey
Experto Asesor:	Dr. Guillermo Zea Flores
Consultor en Epidemiología:	Dr. Alfredo Domínguez Vásquez
Consultora en Educación para la salud:	Licda: Alba Lucía Morales Castro
Consultora en Sistemas de Información:	Ing. Ofelia Dalila Ríos Tello
Oficial Financiero y Administrativo:	Lic. Luis Erchila Martínez
Apoyo logístico:	Silvia Sagastume, Carolina Aguilar, Juan Carlos Solares y Oswaldo Mejía.

Oficina de OEPA:

Dirección postal: 14 calle 3-51 zona 10, oficina 801
Edificio "Murano Center",
Ciudad de Guatemala, 01010
Teléfonos: (502) 366-6106 al 09
FAX: (502) 366-6127
Correo electrónico: oepea@oepea.net

Contenido

Misión y estrategia de OEPA	5
Instituciones involucradas en los Programas Nacionales que componen la iniciativa regional	6
Directores y Coordinadores actuales de cada Programa Nacional	7
Comité Coordinador del Programa para la Eliminación de la Oncocercosis (PCC)	7
Foto de los participantes a la XII IACO	7
1. Antecedentes de la Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis (IACO)	

10. Conferencia: <i>“Resultados del estudio histológico de los nódulos obtenidos en Ecuador, Guatemala y México”.</i> Dr. Charles Mackenzie	28
11. Sesión II: <i>Comunidades donde continúan apareciendo nódulos en Niños menores de cinco años: ¿problema de cobertura?</i>	30
12. Conferencia: <i>“Descubrimiento de la Oncocercosis en el foco Yanomami”.</i> Dr. Mario Moraes	35
13. Conferencia: <i>“Intervención educativa para la participación comunitaria desarrollada en Guatemala”.</i> Dr. Julio Castro Ramírez	36
14. Sesión III: <i>Modelos de participación comunitaria e intervenciones educativas en los Programas de oncocercosis</i>	37
15. Conferencia: <i>“Efecto de la migración en la población Yanomami sobre las coberturas de tratamiento”.</i> Dr. Victor Py-Daniel	40
16. Conclusiones y recomendaciones: <i>Reunión binacional Brasil-Venezuela realizada el 18 de noviembre 2002</i>	42
17. Conferencia: <i>“Experiencia en el proceso de aplicación del Health Mapper en Ecuador”.</i> Dra. Tamara Mancero	43
18. Conferencia: <i>“Respuesta serológica a proteínas de O. volvulus después del tratamiento de la oncocercosis con Ivermectina”.</i> Dras. Marilza Maia Herzog & Dalma Banic	44
19. Sesión IV: <i>“Delimitación del área endémica de oncocercosis en las Américas”</i>	45
20. Conclusiones y Acuerdos de la XII IACO	49
21. Anexo: Listado de participantes	50

Misión de OEPA:

“ Eliminar la oncocercosis para el año 2007, como una amenaza a la salud pública que afecta a alrededor de medio millón de personas en las Américas, mediante la implementación de programas seguros y localmente sostenibles, para la distribución de Mectizan® en todas las comunidades endémicas, dentro del marco de una estrategia regional coordinada.”

Resolución XIV de la XXXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS, 1991.

Estrategia de OEPA:

“ Lograr la administración continua de tratamiento masivo con Mectizan®, cada 6 meses, por lo menos al 85% de la población elegible, en todas las comunidades endémicas conocidas en la Región.”

Directores y Coordinadores actuales de cada Programa Nacional:

Director y Coordinador respectivamente:

Brasil:	Dr. Joao Batista Furtado Vieira / joao.vieira@funasa.gov.br
Colombia:	Dr. Santiago Nicholls / rnichols@ns.ins.gov.co
Ecuador:	Dr. José Rumbear Guzmán / snem@gu.pro.ec y MSc. Juan Carlos Vieira / oncho@hcyj.org.ec
Guatemala:	Dr. Julio César Castro y Dr. Pedro Yax. / vectores@ops.org.gt
México:	Dr. Jorge Méndez Galván y Dr. Sergio Martínez Licona. vectorssa@data.net.mx
Venezuela:	Dr. Jacinto Convit / jconvi@telcel.net.ve; Dra. Fátima Garrido vigepimetaxe@msds.gov.ve y Dr. Harland Schuler / hschuler@telcel.net.ve

Comité Coordinador del Programa para la Eliminación de la Oncocercosis (PCC):

Presidente del PCC y representante del CDC: Dr. Robert Klein.

Representantes del Centro Carter Inc.: Dr. Frank Richards Jr. y Sr. Craig Withers

Representante de la OPS: Dr. John Ehrenberg

Representante de la Fundación Internacional Club de Leones: Sr. Francisco Fabricio de Oliveira Neto.

Representantes de los países de la Región: Dr. Jorge Méndez-Galván y Dr. José Rumbear Guzmán.

Expertos independientes: Dr. Eddie W. Cupp, Dr. Roberto Proaño y Dr. Charles Mackenzie.

Foto de los participantes a la XII IACO:



1. Antecedentes de la Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis (IACO):

Año	Tema principal	Sede
1991	" Factibilidad de un Programa Regional para la Eliminación	Ciudades de Guatemala

2. Introducción:

Desde que se consideró la idea de constituir el Programa para la Eliminación de la oncocercosis en América (OEPA), se estableció una reunión anual con los países e instituciones involucrados en el tema. El objetivo de esta reunión ha sido, desde su inicio, propiciar el intercambio de experiencias y resultados entre los países miembros del Programa Regional y, entre todos, establecer las rutas de acción conforme las necesidades así lo vayan requiriendo.

Fue así, que en 1991 se hizo la primera reunión de este tipo, para estudiar la factibilidad de la eliminación de la oncocercosis en la Región. A pesar que, para ese entonces, no todos los países endémicos contaban con una estructura en sus servicios de salud que permitiera establecer la distribución del Mectizan®, se concluyó en que sí se tenía el conocimiento suficiente sobre la enfermedad, su distribución geográfica y estudios epidemiológicos para iniciar programas en algunos países y la necesidad de fortalecer la estructura existente en otros, con el mismo objetivo.

Han transcurrido ya doce reuniones y los temas centrales de cada una de ellas reflejan las diferentes etapas de todo este proceso. Desde el estudio de factibilidad hasta la presentación de nuevos enfoques para acelerar el tiempo necesario para la eliminación, pasando por el establecimiento de los criterios para su certificación.

Como resultado de estas doce reuniones, se puede ir valorando el avance que se ha obtenido hacia la eliminación de la oncocercosis en las Américas.

La XII Conferencia Interamericana sobre oncocercosis, tuvo como tema central: *“Nuevos enfoques para acelerar la eliminación de la Oncocercosis”*, porque en su contenido se presentaron y discutieron alternativas para mejorar la capacidad de acción contra las formas adultas y microfilarias de *O.volvulus*.

Para enriquecer esta discusión, se invitaron distinguidos profesionales especialistas en los campos presentados quienes, junto a los colegas de los Programas Nacionales y de otras Instituciones participantes, hicieron posible el cumplimiento de los objetivos esperados.

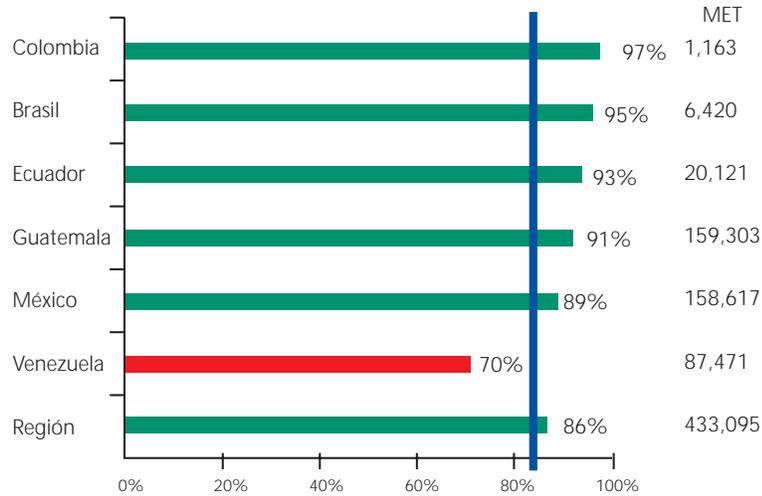
Adicionalmente, esta Conferencia coincidió con la celebración del XV aniversario del Programa de Donación de Mectizan® (Merck) y del anuncio de la donación, por el tiempo y la cantidad necesarios.



.....

Gráfica No. 2:

Porcentaje de la Meta de Elegibles para Tratamiento (MET) alcanzado en la primera ronda (enero-junio) de 2002, por país y en la Región



Se determinó la conveniencia de que el tema a discutir durante este IACO, estuviera centrado en buscar cualquier enfoque que pudiera adicionarse a la estrategia de tratamientos semestrales con ivermectina utilizada actualmente, con el objetivo de lograr un efecto más rápido y aprovechar la oportunidad existente.

Esto fue apoyado por un evento trascendental que estuvo dado este año por la reunión sobre "Erradicabilidad de la oncocercosis", la cual fue celebrada en Atlanta y que se originó de una pregunta general: ¿es la oncocercosis erradicable con el conocimiento actual y las herramientas disponibles?.

La Conferencia concluyó que en la mayoría, si no en toda la región de América y posiblemente Yemen y algunos sitios en Africa, la transmisión de la oncocercosis puede ser eliminada usando las herramientas actuales.

Fue así como se llegó a determinar el tema "*Nuevos enfoques para acelerar la eliminación de la oncocercosis*", alrededor de la cual deberían girar las discusiones de esta Conferencia y que incluirán de manera especial dos enfoques más o menos nuevos o recientes:

1. La posibilidad de utilizar esquemas de tratamiento con antibióticos dirigidos a eliminar la bacteria endosimbiótica del género *Wolbachia*, cuya ausencia, según estudios realizados, provoca esterilidad en los gusanos hembra de la *Onchocerca* la cual podría ser permanente.

2. El efecto que tiene sobre los gusanos adultos la administración de dosis más frecuentes de Mectizan[®], hasta un máximo de dosis trimestrales, como ha sido señalado en un estudio de reciente publicación en el *Lancet* en el año 2002 por Gardon y Col., llevado a cabo en Camerún, Africa.

Y, finalmente, contemplar la posibilidad de adicionar cualquier otra medida como por

quien ha apoyado mucho las acciones de prevención y protección de las personas, de tal forma que se evite que enfermen, en especial de aquellas enfermedades prevenibles por las diversas formas de acción como la inmunización y el control de los vectores transmisores de esas enfermedades.

Estas acciones se hacen a través de la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) que es una Fundación pública vinculada al Ministerio de Salud, que tiene comisiones específicas de promoción y de protección de la salud de las personas por intermedio de la Educación para la Salud y de prevención y control de las enfermedades.

FUNASA es también responsable desde 1999 de la atención para lograr la salud integral de los pueblos indígenas. Para ello, el país fue dividido en 34 Distritos Sanitarios en donde hay más de 370,000 indios. Se ha fortalecido la atención básica en los Distritos para evitar que los indígenas tengan que desplazarse de las aldeas a los grandes centros urbanos. Fueron contratados equipos formados por Agentes indígenas, por Médicos, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería que son responsables de dar atención primaria en esas áreas.

Toda esta situación permitió que se pudieran llevar a cabo las acciones de oncocercosis en el Area Yanomami. Existe ahora un 95% del área yanomami cubierta con las acciones para el control de la oncocercosis. El Programa brasileño para la Eliminación de la Oncocercosis es parte de ese esfuerzo latinoamericano de eliminación de esta enfermedad en la Región. En Brasil, empezamos el tratamiento de la oncocercosis en 1995, lo cual permitió rápidamente la eliminación de las manifestaciones graves de la enfermedad en las áreas Yanomani y a partir del 2000, la incorporación de las ONGs permitió ampliar las acciones y así llegar a la cobertura actual del 95% con lo que se espera alcanzar la eliminación de esta enfermedad en Brasil.

4. Panel Forum:
“Construyendo asociaciones público-privadas”



a grupos de alta marginación como en el caso de América en donde la mayor parte pertenecen a grupos indígenas. Esa convocatoria también sirvió para conseguir el apoyo político necesario, especialmente si tomamos en cuenta que sólo el 0.05% de la población de América está afectada por esta enfermedad. Esa convocatoria también fue respondida por diferentes grupos de la sociedad incluyendo al sector productivo y eso la hace exitosa.

- **Dr. Mauricio Sauerbrey:** *En los últimos quince años, ¿cuál fue el desafío más difícil al que se enfrentó para transformar el PDM en el éxito que ahora es en las Américas?*

A raíz de la decisión de la Compañía MSD de donar el Mectizan® y que condujo a la Resolución XIV del XXXV Consejo Directivo de la OPS, llamando a incluir a la oncocercosis dentro de las enfermedades eliminables mediante una estrategia, se evidenció la necesidad de crear una estructura lo suficientemente fuerte, sostenible y sustentable que pudiera llevar esa misión en el largo plazo.

Fue así como se estableció esa organización con tres niveles: a) coalición multiagencial, b) el Programa que coordinara las acciones: OEPA y c) los países a través de sus gobiernos y que constituyen la parte más importante de esta iniciativa.

Esta estructura fue establecida de tal manera que los principales donantes fueran los propios países, con el objeto de darle la sostenibilidad y sustentabilidad al largo plazo.

Originalmente el objetivo del Programa era eliminar la morbilidad ocasionada por la enfermedad, pero con el tiempo se demostró la factibilidad de eliminar totalmente la enfermedad y ello le imprimió a la iniciativa Regional, la necesidad de una mayor eficiencia. Al inicio de la iniciativa, el principal reto fue conformar los Programas de los 6 países, pues algunos carecían de ello.

El otro reto fue mejorar la eficiencia del trabajo, dado el hecho que los objetivos ya eran eliminar la morbilidad e interrumpir la transmisión. Adicionalmente, los Programas han crecido, han madurado y con ello sus necesidades de apoyo también se han incrementado. Este punto, aunado a la crisis económica generalizada representa a la fecha un reto significativo.

Otro desafío importante es mantener altas coberturas de tratamiento, durante 12 a 15 años, con el objeto de alcanzar la desaparición total de los parásitos adultos.

Sin embargo, a la fecha, los avances han sido plenamente significativos y la clave se ha basado en la conformación e implementación de esta asociación público-privada considerada ejemplar.

- **Dra. Mary Alleman:** *Con base en el desarrollo del PDM, ¿qué es lo necesario para lograr una alianza o asociación público-privada sustentable y asegurar su continuidad?*

Para construir los factores que han hecho una buena asociación en el caso de Oncocercosis se hizo el siguiente listado:

- Todos los socios deben definir el problema y las posibles soluciones para resolverlo. En nuestro caso, el problema es oncocercosis y la solución es Mectizan®.
- Todos los socios deben tener estrategias comparables y coordinación de sus esfuerzos para la implementación de las soluciones, que en nuestro caso es la distribución de Mectizan®.
- Los socios deben enfocarse en el problema y mantener la suficiente motivación para lograr la aplicación de la solución por el tiempo necesario.
- Debe haber participación activa de todos los socios, en todos los tiempos del proceso y en todos los niveles.
- Por socios nos referimos a nuestros colegas en MSD, nosotros en el PDM, las ONGs que trabajan en los países endémicos, los donantes del Programa, la OMS, los Ministerios de Salud en los países endémicos y en todos sus niveles y finalmente, pero no menos importante, las comunidades afectadas.
- Debe haber respeto, confianza, transparencia y una comunicación abierta entre todos los socios para trabajar juntos.
- Todos los socios deben ser flexibles y mantener el compromiso político y el apoyo económico para la implementación de la solución.
- Todos los socios deben diseminar las lecciones aprendidas de esta asociación para ayudar a la implementación de soluciones a otros problemas de salud.

Se ve que estos han sido los factores que se han cumplido con nuestros socios representados en esta mesa.

- **Dr. Frank Richards Jr.:** *¿Cuál será el futuro de la asociación del Programa de Donación de Mectizan® de ahora en adelante y cómo cree usted que este Programa puede estar en 10 años?.*

El Centro Carter, en 2001, apoyó la distribución de cerca de 8 millones de tratamientos y la gran mayoría de ellos fueron distribuidos en asociación con el Club de Leones. En total, han apoyado la estrategia en 11 países, 6 en Latinoamérica y 5 en África.

A título personal considera que en las Américas en 5 años, se habrá interrumpido la transmisión y la morbilidad (nueva) en todas las regiones endémicas incluyendo aquellas de difícil acceso en la zona amazónica tanto en Venezuela como en Brasil.

En África cree que se agregaran otros programas al de distribución de Mectizan®, (ej. Filariasis linfática, distribución de vitamina A, Shistosomiasis, Tracoma, etc.).

Ahora, ¿en dónde estará nuestra asociación o alianza en 10 años?. A diferencia de África, no cree que en las Américas el Programa de distribución de Mectizan® haga alianzas con otros Programas de Salud. La razón es porque probablemente se debe mantener a OEPA enfocada hacia la eliminación de la oncocercosis. Estima que en 10 años se celebrará la eliminación de la oncocercosis y en Africa se estará festejando la nueva infraestructura para una asociación o alianza y una nueva estrategia.

- La oncocercosis puede ser erradicada de las Américas con Mectizan®, con la posible excepción de las áreas remotas del Amazonas.
- Para Africa en particular, necesitamos de nuevas herramientas, principalmente un agente macrofilaricida antes de que surja resistencia al Mectizan®.

6. Conferencia:

“Nuevos enfoques para acelerar la eliminación de la oncocercosis: resultado de los estudios sobre Wolbachia y el3a3.9a9ia 100.22 38.285 16o32.0l117p49.21

a) Brasil

Gráfica No.3

- La meta del Programa brasileño para el 2,002, fue dar tratamiento cada 6 meses a 6,420 personas elegibles (MET), lo que significa administrar 12,840 tratamientos (MAT) en las 17 comunidades endémicas o polos base.
- En la primera ronda de este año, fueron tratadas 6,073 (95%) de las 6,420 personas elegibles (MET) y en la segunda ronda lo fueron 6,150 (96%). En total este año se administraron 12,223 (95%) de los 12,480 tratamientos que constituían la Meta Anual de



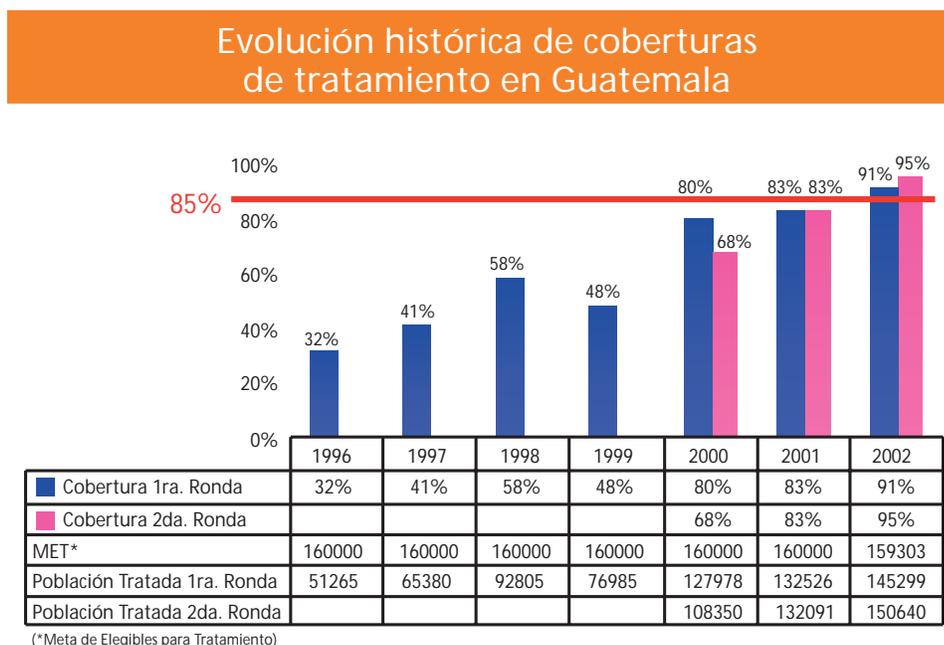
período 1995-2000 las coberturas logradas superaron al 85% de cobertura en una sola ronda anual.

El Programa ecuatoriano ha identificado como principales fortalezas las siguientes:

- Se han estructurado equipos llamados "facilitadores", compuestos por 3 Coordinadoras de Río para descentralizar la distribución de Mectizan®.
- Hay un equipo técnico comprometido.
- Hay financiamiento Gubernamental y no Gubernamental, aunque la dependencia de éstos últimos puede hacer que el Programa no sea sustentable.

d) Guatemala

Gráfica No.6



- La meta del Programa guatemalteco para el 2002 fue dar tratamiento cada 6 meses a 159,303 personas elegibles (MET), lo que equivale a administrar 318,606 tratamientos (MAT) en 518 comunidades endémicas.
- Este es el primer año en que el Programa alcanza coberturas superiores al 85% en ambas rondas. En la primera ronda, fueron tratadas 145,299 (91%) personas de las 159,303 elegibles (MET) y en la segunda ronda fueron tratadas 150,640 (95%). En total fueron administrados 259,939 (93%) tratamientos de los 318,606 que constituían la MAT.
- Del total de las 518 comunidades endémicas en el país, en la primera ronda, 486 (94%) alcanzaron la meta de tratar al menos 85% de su población elegible, 11 (2%) fueron tratadas pero no lograron llegar a la meta y 21 no fueron tratadas por estar deshabitadas. Durante la segunda ronda, 473 de las 518 comunidades (91%) superaron la meta, 20 comunidades (4%) fueron tratadas pero no llegaron al 85% de cobertura y 25 (5%) no fueron tratadas por estar deshabitadas.
- Del total de 42 comunidades hiperendémicas, durante la primera ronda, en 37 (88%) se alcanzó la cobertura del 85% de la población elegible, pero 5 (12%) no fueron tratadas

por encontrarse deshabitadas. En la segunda ronda, en 31 (74%) se logró superar la meta de cobertura y en 8 (19%) no fue posible porque estaban sin habitantes.

El Programa identificó como fortalezas las siguientes:

- La realización de 56 Talleres de capacitación.
- El apoyo a los equipos distritales para realizar actividades de Educación en las comunidades.
- La dotación a todos los trabajadores de campo y colaboradores voluntarios de un paquete de materiales compuesto por: Una mochila, 1 gorra, 1 chaleco o una playera (todos con

- (90%) se logró esa cobertura y en 4 (10%) la cobertura fue inferior a la meta.
- Del total de las 670 comunidades endémicas en el país, en la primera ronda, 538 (80%) alcanzaron la meta de tratar al menos 85% de su población elegible. Esto fue provocado porque en el Estado de Oaxaca sólo se logró superar la meta en 55 de sus 98 comunidades.

18% de las 115 del foco, trataron al 85% de cobertura de elegibles, 35 (30%) no la alcanzaron aunque sí fueron tratadas y 59 (51%) no fueron tratadas.

- Al final de esta sesión, la Dra. Mary Alleman dijo: El Comité de Donación de Mectizan® informó que la caducidad del medicamento ha sido ampliada de 24 a 36 meses después

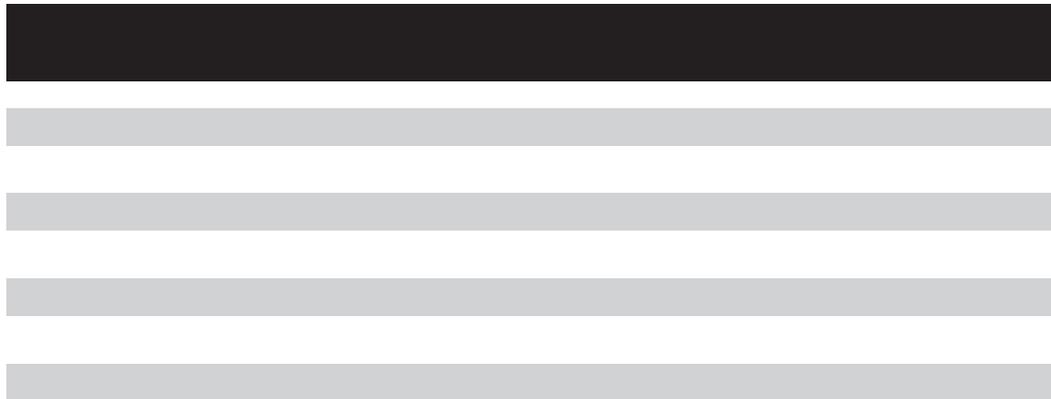
con 1 a 3 rondas de tratamiento después de la aparición de los nódulos; en Guatemala no había información sobre el tratamiento de las personas de quienes se obtuvieron los nódulos; en Ecuador los pacientes habían recibido hasta 17 rondas durante toda la historia del Programa, pero no se determinó el número de rondas después de la aparición del nódulo.

Los resultados preliminares obtenidos por estudios histopatológicos de esos nódulos, revelaron:

11. Sesión II:

Comunidades donde continúan apareciendo nódulos en niños menores de cinco años:





.....



Conclusiones y recomendaciones de la Sesión II:

De acuerdo con la información presentada por los programas de México y Guatemala, podemos concluir lo siguiente:

Disponibilidad de información para el análisis por país

En este aspecto hay grandes diferencias entre los Programas de México y Guatemala. En México se tiene establecido un sistema de vigilancia de portadores de nódulos que permite ver su evolución en cada uno de los grupos de edad y un sistema de registro del tratamiento que permite analizar las coberturas para cada comunidad, por ronda y por año desde 1995.

En *Guatemala* por el contrario, no hay un sistema de vigilancia de portadores de nódulos, razón por la cual no es posible conocer su evolución a través de los años y tampoco es fácil obtener las coberturas logradas en cada una de las comunidades por ronda y por año. Por lo tanto, la información presentada por el Programa nacional fue limitada y no permite analizar la situación de los portadores de nódulos en menores de 5 años y el por qué de su persistencia.

miinfor839 375P9end:
po(lleg par iterirquOEPO e por rnr q2001, no ndtienebuscaban7n para el acada ss cir lo do/F11 276 TD0.137 T05(La

.....

Ecuador:

Modelos de participación comunitaria e intervenciones educativas (fases):

- Diagnóstico y estratificación de las comunidades: conocimiento sobre la enfermedad, ciclo de transmisión, historia natural y tratamiento.
- **Unipropósito:** enfatizar la importancia del tratamiento y la adherencia individual.
- **Multipropósito:** participación de los Agentes Locales de Salud (ALS), líderes comunitarios y comunidad en el control de la enfermedad y paquete multipropósito en salud.
- Integración al SNEM y Subsecretaría Nacional de Medicina Tropical.

El Programa no cuenta con un componente de Educación estructurado, sino con un conjunto de instrumentos educativos.

Existe la necesidad de definir el componente de Información, Educación y Comunicación (IEC), así como la metodología del mismo.

Para el próximo año, 2003 el Programa ha considerado necesario:

- Diseñar el componente IEC integral para las comunidades endémicas de oncocercosis que permita fortalecer la organización comunitaria y estimular comportamientos que promuevan la salud y prevenir riesgos y enfermedades que incluyan a la Oncocercosis.
- Tener un asesoramiento conceptual y metodológico al equipo de trabajo del Área de Salud de Borbón, CECOMET y al Programa de Oncocercosis en el tema de IEC para dar sostenibilidad a la propuesta.

Guatemala:

Se ha apoyado la intervención educativa para la participación comunitaria, iniciando con un Taller de Planificación (noviembre 2000) y luego en 2001 favoreciendo un modelo de Educación en cascada, formación de Colaboradores Voluntarios y mediante la revisión y validación de materiales educativos.

Antes de estas actividades iniciadas en 2000, las Áreas y los Distritos de Salud no habían asumido la responsabilidad del tratamiento con Mectizan[®] y, en la mayoría de ellas, esta actividad era responsabilidad del personal del Programa de control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV); en 2001 y los años anteriores a éste, no se estaban administrando dos rondas de tratamiento y no se lograban llegar al 85% de cobertura entre los elegibles para tratamiento.

Se identificó la necesidad de capacitar a por lo menos, un Promotor Voluntario por cada una de las 518 localidades endémicas, de tal manera que se fueran sentando las bases para la sostenibilidad del Programa. El primer paso fue capacitar a los equipos de los 7 Departamentos y de los 23 Distritos de Salud, ONGs y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Fase Institucional).

Para el cumplimiento de las metas de capacitación en el nivel Comunitario, cada equipo local de salud organizó Talleres de Capacitación para los Colaboradores Voluntarios con el apoyo técnico y financiero de OEPA. De esta manera se realizaron, durante el 2001, 7 talleres institucionales, 20 con equipos distritales, 56 con Colaboradores Voluntarios y 274 trabajadores del Sector Salud fueron capacitados y motivados para participar en el Programa. Todo esto dio por resultado mayor participación del equipo de salud, una red de 1,252 Colaboradores Voluntarios como base social del Programa, lo cual se ha visto reflejado en el incremento de las coberturas de la siguiente manera: la cobertura de tratamiento en la primera ronda pasó de 80% en el 2000 al 83% en el 2001 y al 91% en el 2002. En la segunda ronda, la cobertura de tratamiento pasó de 68% a 83% y a 95% entre el 2000, 2001 y 2002

r u t r e b o c , A (6 0

Se identificó como un gran avance el establecimiento del Comité Nacional del Programa de Eliminación de la Oncocercosis en Venezuela y del Equipo Nacional de Educación para la Salud, los cuales están integrados por representantes del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, del Instituto de Biomedicina y del CAICET.

El aporte de 100,000 dólares recibidos de OEPA y administrados a través de la OPS/Venezuela, contempla como uno de sus rubros más importantes, el fortalecimiento de la Educación para la Salud que a su vez, permitirá el logro de mejores coberturas de tratamiento. Se contempla desarrollar un amplio proceso de educación tanto para trabajadores de salud como para los Distribuidores Voluntarios, incluyendo la distribución de materiales educativos.

Para el 2003, se espera evaluar el proceso y determinar su impacto en las coberturas de tratamiento. También se espera desarrollar y distribuir material educativo y actualizar las normas para el control de la oncocercosis en el país.

En el foco Sur, la reducida parte del área endémica que recibe servicios de salud, es atendida por personal con alto nivel de rotación pues generalmente son profesionales de salud o estudiantes que hacen pasantía rural. Estas condiciones plantean la necesidad de disponer de un paquete educativo ágil que permita ser utilizado rutinariamente para capacitar al personal que llega periódicamente al área para trabajar por corto tiempo. Se ha previsto iniciar el proceso en el 2003, validando con el equipo de salud el video "La oncocercosis en el Alto Orinoco".

También se contempla reforzar el compromiso de la Dirección Regional de Salud de Amazonas, de los Distritos Sanitarios, de las Misiones Religiosas y de las organizaciones indígenas en la distribución de Mectizan®.

15. Conferencia:

“Efecto de la migración en la población Yanomami sobre las coberturas de tratamiento”.

Dr. Victor Py-Daniel

Los Yanomami no tienen afinidad genética, antropométrica ni lingüística con otros grupos vecinos. Son descendientes de un grupo indígena que ha permanecido relativamente aislado desde épocas muy remotas. Los grupos Yanomami ocupan un área entre los ríos Orinoco-Parima hace ya un milenio.

Hay factores que han favorecido la dispersión de la población Yanomami, dentro de los que destaca, la expansión geográfica debida a un crecimiento demográfico grande. En poco más de un siglo, los Yanomamis han multiplicado 16 veces la superficie de su territorio pero, a partir de 1945, esa expansión prácticamente ha cesado.

La oncocercosis ingresó a América a través de los esclavos pues llegaron personas infectadas

provenientes del continente africano, hace aproximadamente 400 años. En el caso de Brasil, la hipótesis es que fue introducida en la región Orinoco/Parima hace cerca de 200 años. Todas las regiones hiperendémicas están cerca de la sierra Parima. Hay mayor densidad humana en las regiones más altas.

Las diferencias lingüísticas entre los Yanomamis, evidencia una "discontinuidad territorial" que dificulta aceptar el foco oncocercoso como un conjunto único.

Siete preguntas se formulan con la intención de responder a la realidad actual sobre el tema:

- ¿Existen movimientos realizados por los Yanomamis de Watatas para regiones sin tratamiento?. No. Fue constatado hace ya mucho tiempo que no visitan áreas de Xamathari (Venezuela).
- ¿Existen movimientos provenientes de regiones sin tratamiento con destino a Watatas?. Sí. Fueron constatados movimientos provenientes de comunidades de Venezuela motivados por cuestiones de salud y educación.
- ¿Actualmente los movimientos poblacionales provenientes de regiones sin tratamiento se diferencian a nivel de género (hombre/mujer)?. Sí. Solamente los hombres, provenientes de Venezuela, están viniendo para tratamientos en el campo de la salud.
- ¿Los movimientos poblacionales se diferencian según su nivel de edad?. Sí. No fueron observados individuos menores de 15 años de edad ni mayores de 30, lo cual indica que se da en grupos de jóvenes.
- ¿El tamaño y la diversidad de los cultivos, repercuten en los movimientos de los Yanomamis de Watatas hacia otras regiones?. Sí. Cuanto más grande son las áreas de cultivos y, consecuentemente, el número de variedades de los productos mayor es el movimiento de las comunidades.
- ¿Los movimientos poblacionales se diferencian según los períodos climáticos del año?. Sí. Los miembros de la comunidad Watatas se movilizan principalmente en el primer período de lluvias (marzo-junio). Los miembros de las comunidades de las áreas más próximas o dentro de Venezuela, llegan a Watatas en el segundo período de lluvias (julio-octubre).
- ¿Las tasa de infección en los vectores en Watatas, tienen relación con los movimientos poblacionales de sus habitantes?. Sí. En la segunda época de lluvias ocurre una mayor densidad de picaduras de *S. guianense* que se sobrepone a un mayor número de visitantes (mayor al 80%) provenientes del Sur o Sureste (incluyendo Venezuela).

Actualmente, no hay posibilidad de hacer interpretaciones epidemiológicas (interpretar prevalencias, etc.), teniendo como base los Polos, dado que éstos ignoran los movimientos entre las comunidades. Sin embargo, es obvio que el tratamiento necesita ser efectuado logísticamente para cada Polo.

Los Yanomamis no están siendo tratados de todas su endemias (malaria, diarreas, oncocercosis, etc.). Los habitantes de comunidades venezolanas se aproximan cada vez más al lado brasileño en busca de atención médica. Esta movilización está haciendo que también cada vez más las comunidades envíen a sus pobladores a estudiar (aprender a escribir la fonética) del lado brasileño. Mientras el Programa de Eliminación de la oncocercosis en Venezuela no lleve su acciones de tratamiento a los Polos cercanos a la frontera con Brasil, será muy difícil para este

último país mantener bajos los niveles de transmisión, por lo cual se propone manejar el Índice de Riesgo Comunitario (IRC).

Parámetros para el inicio de la Certificación de la Eliminación:

- Coberturas de tratamiento superiores al 85% de los elegibles: estas condiciones fueron estudiadas para vectores de la especie *ochraceum*, un vector poco eficiente por su bajo nivel de transmisión (con armadura cibariana), para una población relativamente estable (México/Guatemala) y para una región en donde los factores epidemiológicos básicos están bajo control.
- Las condiciones de los focos Yanomami y Yecuana son: existencia de 4 especies vectoras involucradas en la transmisión, siendo una (*T.guianense*) extremadamente eficiente (sin armadura cibariana). Una población humana extremadamente alta, como resultado de los programas de salud, lo que significa un número de no elegibles para tratamiento en constante crecimiento. Por ejemplo, en Xitei, un 85% de las comunidades presentan más del 25% de sus pobladores como no elegibles y, por último, son focos en donde los factores epidemiológicos no están bajo control (área venezolana no tratada).

Por lo anterior, recomendó:

- Las condiciones actuales para los focos Yanomami y Yecuana son diferentes a los focos de Guatemala/México por lo que la cobertura de tratamiento debe ser del 100% de la población elegible y a partir de su logro, debe iniciarse el período para la Certificación de la Eliminación. Esa cobertura del 100% debe ser la que se compare con el resto de las coberturas de los otros focos de la Región.

16. Conclusiones y recomendaciones

Reunión binacional Brasil-Venezuela realizada el 18 de noviembre 2002.

- Reafirmar la resolución de la IX Conferencia Interamericana de Oncocercosis, realizada en la Ciudad de Antigua, Guatemala en 1999, con el fin de garantizar la equidad y el derecho a la salud integral de la población indígena del foco de oncocercosis venezolano-brasileño.
- Articular con el apoyo de OEPA, la OPS/OMS y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela, la búsqueda de financiamiento para lograr aumentar la cobertura de tratamiento en el foco Sur y los servicios de atención integral en salud para la población indígena del área mediante:
 - Compromisos definidos para cada una de las partes: Ministerio de Salud de Venezuela a través del Plan de Salud Integral para el pueblo Yanomami, OPS/OMS a través de la cooperación técnica y OEPA a través de su rectoría en la Iniciativa Regional.
 - Desarrollar un proyecto TCC (Technical Cooperation between countries), con la participación de las representaciones de OPS en Venezuela y Brasil.

.....



19. Sesión IV: “Delimitación del área endémica de oncocercosis en las Américas”

Moderador: Dr. Julio C. Castro

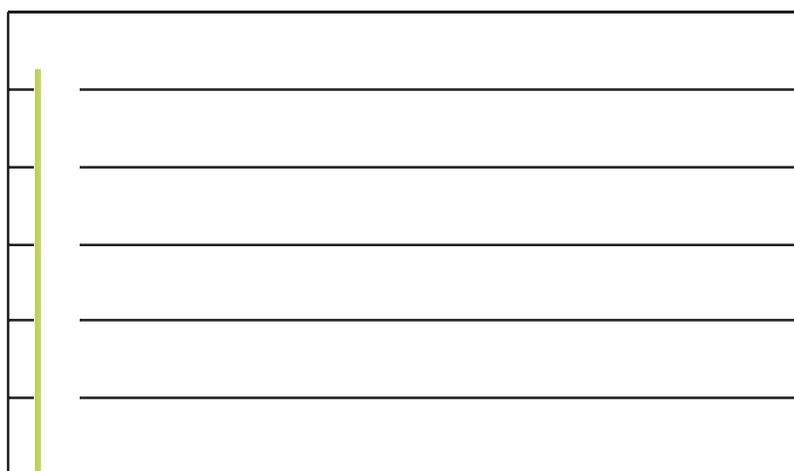
Relator: MSc. Juan Carlos Vieira.

En el proceso hacia la certificación de la eliminación de la oncocercosis, los Programas Nacionales han ido avanzando en la definición más precisa del número de comunidades endémicas y de la magnitud de la población a riesgo. También se ha visto la necesidad de realizar esfuerzos para revisar la información de comunidades que no presentan factores de riesgo para que haya transmisión de la enfermedad, de tal manera que el tratamiento con Mectizan® se administre en las Áreas que realmente lo requieran, optimizando así la utilización de los escasos recursos existentes.

Durante el IACO aquí reportado, se reafirmó la idea que en varios países de la iniciativa Regional, principalmente en Guatemala y México, es necesario continuar con los ejercicios de delimitación del área endémica.

Para el 2003, Guatemala asumió el compromiso de continuar con los ejercicios para la delimitación del área endémica en las áreas de salud de Santa Rosa (en los 7 Distritos), Escuintla

de Oaxaca y de 13 comunidades en el foco Norte de Chiapas, Guatemala y Venezuela.



Cuadro No.7: En el cuadro siguiente se observa la distribución de la población en riesgo en el 2002 por nivel de endemidad para la Región.

País	Población a riesgo por nivel de edemicidad						Total
	Hiper	%	Meso	%	Hipo	%	
Brasil	3,442	13	2,051	2	2,411	1	7904*
Colombia	0	0	1,270	2	0	0	1272
Ecuador	6,008	23	5,178	6	12,456	3	23,671
Guatemala	5,940	23	2,471	3	168,295	43	176706*
México	3,802	15	37,027	45	145,043	37	185,931
Venezuela	6,896	26	35,101	42	59,941	15	102,007
Total	26,088	100	83,098	100	388,146	100	497,532

Cuadro No.8: Distribución y de población en riesgo por nivel de endemidad, Brasil, 2002

Foco 1 Yanomami BRA	Hiper	%	Meso	%	Hipo	%	specified)	(not %	Total
No. Comunidades	5	29.4	7	41.2	5	29.4	17
Población en riesgo	3535	43.0	2160	26.3	2413	29.3	118	1.4	8226
Total BRA	Hiper	%	Meso	%	Hipo	%			Total
No. Comunidades	5	29.4	7	41.2	5	29.4	17
Población en riesgo	3535	43.0	2160	26.3	2413	29.3	118	1.4	8226

Cuadro No.9: Distribución de comunidades por tamaño de población, según foco, México, 2002

Foco	Número de comunidades según el número de habitantes							
	0-10	11-50	51-200	201-500	501-1000	1001-2000	2001 y +	Total
Oaxaca	0	3	16	36	29	12	2	98
Chiapas	0	0	2	6	4	0	1	13
Foco Norte								
Chiapas	45	103	191	157	51	11	1	559
Foco Sur								
Total	45	106	209	199	84	23	4	670

Cuadro No.10. Distribución de Comunidades por tamaño de población y nivel de Endemicidad, Ecuador, 2002

Foco	Endemicidad	11 a 50	51 a 200	201 a 500	501 a 1000	Total
Principal	Hiper	4	28	9	1	42
	Meso	1	9	2	2	14
	Hipo	4	24	13	2	43
Satélites		9	12			

Conclusiones de la Sesión IV:

- Al parecer, algunas comunidades sujetas actualmente a tratamiento con Mectizan[®], no presentan factores de riesgo para que haya transmisión de oncocercosis.

21. Anexos

Lista de participantes IACO 2002

Delegados y participantes por los países

• BRASIL

FUNASA (Ministério da Saúde)

Dr. Mauro Ricardo da Costa	FUNASA/Programa Brasil
Dr. Lucio Bandeira	FUNASA/Programa Brasil
Dr. Edgar Dias Magalhaes	Chefe do Distrito Yanomami Programa Brasil
Srta. Claudete Schuertz	Assistente Técnica do Programa de Oncocercose Programa Brasil
Lic. Renato de Souza	Enfermeiro Programa Brasil
Srta. Aldacy de Souza Xavier	Educador en Salud, DSEIY Programa Brasil
Dr. João Batista F. Vieira	Director Programa de Oncocercosis Brasil -Fundación Nacional de Salud (FNS)-
Srita. Felicidade Carvalho Cavalcante	Assistente Programa Brasil
Srita. María da Paz Luna Pereira	Assistente Programa Brasil
Sr. José Carlos Matos	Coordenador do DESAI-Departamento de Saude do Indio Programa Brasil
Srita. Vilma Medeiros Cerimonial	Presidencia FUNASA Programa Brasil
Dr. Osiris Batista	Coordenador da ASCOM, Assessoria de Comunicacao Social, Programa Brasil
Dr. Gilberto Fontes, Maceió-Alagoas	Programa Brasil, Filariasis linfática/SÍM É
Sr. Adyan Cristiny Oliveira Souza	FUNASA
Sr. Cecimar Suath Amaral	FUNASA
Srita. Clícia Alves Padilha	FUNASA
Sr. Emanuel Oliveira Figueiredo	FUNASA
Sr. Humberto Polaro Nunes Filho	Coordenacao Regional do Amazonas FUNASA
Sr. Joao Bosco Baggio	FUNASA
Sra. Nancy Filgueiras Da Costa	FUNASA
Sr. Pedro Ferreira de Araujo	Coordenacao Regional do Amazonas FUNASA
Sr. Wagner M. Terrazas	FUNASA

Fiocruz:

Dra. Veronica Marchón	FIOCRUZ
Dra. Marilza Herzog	FIOCRUZ/Conferencista
Sra. Maria Claudia Ríos Velásquez	FIOCRUZ/AMAZONAS
Sr. Sergio Luiz Bessa Luz	FIOCRUZ/AMAZONAS

INPA:

Dr. Víctor PyDaniel
Sr. Eliseuda Silva Júnior
Dr. Felipe Pessoa
Sr. Orlando dos Santos Silva
Sr. Ulisses Carvalho Barbosa

MNTB:

Sr. Orlando Donizete de Paula Coordinador

MEVA:

Dr. Eliseu Martins Gomes

MDM:

Dra. Dayse G. Grindlay Coordinadora

DIOCESE:

Sra. Adriana Fernandes Ferle

SECOYA:

Darlan Indres de Rezende

FMT/IMT/AM:

Antonio de Matos Tavares
Leni Da Silva Marreiros

URIHI:

Dr. Claudio Esteves de Oliveira Director
Dra. Deyse Alves Francisco Coordinadora
Licda. Alexandra Deter Peternella Responsable Educación en Salud

• COLOMBIA

Dr. Rubén Santiago Nicholls Director Programa
Dr. Iván Mejía Coordinador Programa Oncocercosis, Dirección
 Departamental de Salud del Cauca

• ECUADOR

Dr. José Rumba Director Programa
M. en C. Juan Carlos Vieira Coordinador Programa
Dra. Tamara Mancero

• GUATEMALA

Dr. Julio Castro Director Programa Guatemala
Dr. Pedro Yax Coordinador Programa Guatemala

• MÉXICO

Dr. Jorge Méndez Director Programa México /Comité Coordinador OEPA
Dr. Sergio Flavio Martínez Licona Coordinador Programa México

• VENEZUELA

Dr. Harland Schuler Coordinador Programa Venezuela
Dr. Carlos Botto Director CAICET, Programa Venezuela
Dra. Fátima Garrido Coordinadora Nacional del Programa

• CARTER CENTER

Sr. Craig Withers Director de Apoyo a Programas
Dr. Frank Richards Director Técnico Programa Global/RBP
Srta. Wanjira Mathai Senior Program Officer
Srta. Stacy Taylor Senior Associate Director of Development, Health Programs

