

## 1 Resumen

La Séptima Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis (IACO´97) se llevó a cabo durante los días 19, 20 y 21 de noviembre de 1997, en la ciudad de Cali, Colombia. De acuerdo con lo establecido para esta reunión anual, participaron dos representantes de cada uno de los seis países involucrados en la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Oncocercosis en América. Por el país anfitrión además, participaron autoridades de salud local, regional y nacional y miembros de las instituciones educativas y de investigación en el área de enfermedades tropicales. El tema central fue la definición de los ***Criterios para Certificación de Eliminación de Oncocercosis en América***. Con el objetivo de enriquecer la discusión sobre este tema se invitaron varios conferencistas para realizar ponencias sobre experiencias en el proceso de eliminación de otras enfermedades (dracunculiasis, chagas y malaria). Se realizaron sesiones de trabajo en grupos para definir los diferentes indicadores que podrían ser utilizados en la certificación de eliminación. Los representantes de los países hicieron una exposición sobre las actividades llevadas a cabo durante 1997, la situación general de los programas nacionales y las expectativas para 1998. Las conclusiones más importantes del evento fueron: 1) Definición de una propuesta-borrador de “criterios que se deberían tener en cuenta en el proceso de certificación de eliminación de Oncocercosis”; 2) Revisión, ajuste y aprobación de una propuesta de “Resolución sobre la Eliminación de la Oncocercosis como problema de Salud Pública en las Américas para el año 2007”, la cual sería sometida al Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su sesión de 1998, 3) Los Directores de los diferentes Programas Nacionales asumieron el compromiso de difundir la resolución entre sus respectivos Ministros de Salud e incentivarlos para trabajar en función de su aprobación durante la próxima Asamblea General de la OPS. 4) Definición como una prioridad de la iniciativa regional, la búsqueda de alternativas para acelerar el proceso de estratificación epidemiológica de las aproximadamente 3.000 comunidades del norte de Venezuela registradas como endémicas en el Archivo Histórico del programa en ese país, 5) Identificación del reto que tiene Guatemala de lograr mejores coberturas en el tratamiento masivo con Ivermectina y 5) Definición de la **sostenibilidad de los sistemas para la distribución de Ivermectina** como tema central de IACO´98 y 6) Definición de **Venezuela** como sede de IACO´98.

## 2 Inauguración

El acto inaugural de la Conferencia fue coordinado por el Dr. Oscar Emilio Angel, Jefe de Relaciones Interinstitucionales del Instituto Nacional de Salud de Colombia, y participaron las

siguientes personas:

Dr. Donald Hopkins	Director Programa Global 2000, Carter Center
Dr. Edmundo Alvarez	Director OEPA
Dr. Enrique Alvarez	Secretario de Salud de Cali
Dr. Germán Villegas	Gobernador del Depto. del Valle del Cauca
Dr. Moisés Wasserman	Director Instituto Nacional de Salud, Representante de la Dra. Ma. Teresa Forero, Ministra de Salud
Dr. Richard Collins	Presidente del PCC (Program Coordinator Committee)

### **3 Ponencias de conferencistas invitados**

- 3.1 Erradicación de enfermedades. Dr. Donald Hopkins
- 3.2 Monitoreo de la interrupción de la transmisión en los programas de control de Oncocercosis de Africa Occidental. Dr. Y. Dadzie
- 3.3 Eliminación de infestaciones por triatomas y control de la enfermedad de Chagas en Sur América. Dr. Roberto Chuit
- 3.4 Morbilidad y concepto de hiperendemicidad en Oncocercosis. Dr. Frank Richards
- 3.5 Indicadores oftalmológicos en Oncocercosis. Dr. Roberto Proaño
- 3.6 Monitoreo y control de la malaria. Una experiencia en El Salvador. Dr. Mauricio Sauerbrey
- 3.7 Criterios para certificación de eliminación de la Oncocercosis. Dr. Ronald Guderian
- 3.8 El Rol del Banco Interamericano de Desarrollo en la iniciativa regional OEPA. Lic. Jorge Rojas
- 3.9 Factores claves de sostenibilidad. Lic. Alba Lucía Morales
- 3.10 Aspectos históricos del PCC y su rol en la iniciativa regional OEPA. Dr. Richard Collins

### **4 Situación por país (resúmenes)**

La información que se presenta a continuación, es un resumen de las exposiciones y de los informes presentados por las autoridades de los programas nacionales de los seis países endémicos durante la IACO'97. Los acetatos de las presentaciones y los informes están disponibles en el archivo de OEPA.

## 4.1 Ecuador

Expositores: Dra. Tamara Mancero y Dr. José Rumba

La transferencia del programa del Hospital Vozandes al Servicio Nacional para Erradicación de la Malaria (SNEM) lo ha fortalecido. En 1997 se creó la Comisión Nacional para el manejo de la *Oncocercosis*, conformada por el Dr. Keith Carter (OPS), el Dr. José Rumba (SNEM), el Dr. Gonzalo Rivadeneira (Dirección Nacional de Epidemiología) y la Dra. Tamara Mancero (Hospital Vozandes). En este mismo año, por Acuerdo Ministerial el Programa Nacional antes bajo la responsabilidad de la Dirección Nacional de Epidemiología, pasó a ser parte del SNEM.

En 1997 se cumple el **8º año de distribución de Ivermectina** (7 años en forma masiva y 1 año de tratamiento de casos). La población total en riesgo es de 19.480 en 119 comunidades de las cuales 16.573 son elegibles para tratamiento. En este año se trataron 15.889 (**96% de cobertura**) y se presentaron 0.63% de reacciones adversas. El valor del denominador cambia año tras año por la migración de la población indígena Chachi.

La distribución de Ivermectina se realiza en recorridos por las 119 comunidades previo cronograma realizado por los agentes locales de salud. Las visitas son multipropósito, es decir, que además de distribuir Ivermectina, se realizan diversas actividades de Atención Primaria en Salud (asamblea comunitaria, vacunación, atención médica, odontológica, control de embarazadas, detección de desnutridos, vigilancia activa de malaria, etc).

Con el apoyo de OEPA, en 1997 se realizaron 3 consultorías en entomología, 3 consultorías en epidemiología, 1 en sistemas de información y 3 en Educación para la Salud (10 en total). En epidemiología se realizaron EER en las provincias de Sucumbios, Napo y Esmeraldas con los siguientes resultados:

- ❖ Se evaluaron 6 comunidades sospechosas en la provincia de Esmeraldas de las cuales 5 fueron negativas y 1 fue clasificada como hipoendémica. Esta comunidad entra al programa de distribución de Ivermectina en 1998.
- ❖ En las provincias orientales hasta el momento se han clasificado 4 comunidades que eran sospechosas como no endémicas.

- ❖ Para evaluar el impacto de 6 años de distribución de Ivermectina se está realizando un estudio clínico parasitológico en el foco principal y en los focos satélites con los siguientes resultados: Para el río Santiago (zona hiperendémica) 0.3% de biopsias positivas y para el río Cayapa (zona hiperendémica) 7.5% de positividad.

En entomología, para evaluar el impacto del tratamiento semestral con Ivermectina en la transmisión, se analizaron con la técnica de PCR, simúlidos de tres zonas cuyos datos preliminares reflejan para el río Santiago una **TIP de 0.04%** en la estación de transición. Esto indica que la transmisión de *O. volvulus* está casi interrumpida pues en Africa, en áreas sometidas a intensas medidas de control, la TIP persiste en 0.5% siendo considerada ésta como efectiva para interrumpir la transmisión (Toe *et al.* 1994).

En sistemas de información, a través de la consultoría financiada por OEPA se están produciendo mapas temáticos de acuerdo con el inventario de comunidades. El SNEM pagará una persona en Esmeraldas exclusivamente dedicada al manejo de la información.

Se tiene bien definido el sistema para el flujo de la información a través de todos los niveles. Los promotores y auxiliares actualizan el censo, registran los tratamientos realizados y lo entregan al supervisor de cada río quien, a su vez, lo envía al coordinador de área. Con base en su revisión se deja el medicamento para los ausentes. El día 22 de cada mes se reúnen promotores, auxiliares, supervisores de río con el coordinador de campo y validan la información. Los datos ya revisados van al centro de cómputo en Quito donde son ingresados a la base de datos.

Desde el inicio del programa se ha utilizado el software Excel® para el diseño de las bases de datos. Además de las variables básicas (edad, sexo, peso y dosis), se registra el movimiento migratorio precisando el sitio hacia donde viaja la gente desde hace 10 años. El personal de campo utiliza un croquis con casas (elaborado en Paintbrush®) donde se identifica el nombre del jefe de familia y el número de casa.

En educación para la salud, a través de las 3 consultorías financiadas por OEPA se están realizando los siguientes proyectos:

- ❖ Elaboración de un *Manual para el control de la Oncocercosis en la comunidad*

- ❖ Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) para determinar el impacto de los materiales educativos y del programa en las comunidades.
- ❖ Evaluación de los *patrones de resistencia a la ingesta de Ivermectina en la población Chachi*.

## 4.2 Venezuela

Expositores: Dr. Rafael Borges, Ing. Antonio Salgado, Dr. Carlos Botto

*Durante 1997 la prioridad fue la estratificación epidemiológica.* Como son tantas las comunidades por evaluar (3.398), para su selección se utilizó el Mapeo Epidemiológico Rápido identificando áreas biogeográficas. La meta en 1997 era realizar 296 EER y hasta la fecha se han realizado 249 de las cuales 12 están en proceso de clasificación. Los resultados obtenidos entre los 237 clasificados han sido los siguientes:

- ❖ El 39% (93) de las comunidades evaluadas fueron Negativas.
- ❖ El 27% (63) de las comunidades evaluadas fueron Hipoendémicas
- ❖ El 27% (64) de las comunidades evaluadas fueron Mesoendémicas
- ❖ El 7% (17) de las comunidades evaluadas fueron Hiperendémicas

De las 249 EER, 91 (36%) se realizaron en Monagas a través de una consultoría de corto plazo financiada por OEPA y allí se encontraron los siguientes resultados:

- ❖ El 21% de las comunidades evaluadas fueron Negativas
- ❖ El 25% de las comunidades evaluadas fueron Hipoendémicas
- ❖ El 41% de las comunidades evaluadas fueron Mesoendémicas
- ❖ El 13% de las comunidades evaluadas fueron Hiperendémicas

En total, desde el reinicio del programa en 1994 hasta la fecha se han realizado 355 EER (343 clasificadas). La clasificación global es la siguiente:

- ❖ El 37% (126) de las comunidades evaluadas fueron Negativas
- ❖ El 27% (93) de las comunidades evaluadas fueron Hipoendémicas
- ❖ El 27% (93) de las comunidades evaluadas fueron Mesoendémicas
- ❖ El 9% (31) de las comunidades evaluadas fueron Hiperendémicas

Hubo diferencias marcadas entre los 3 focos: El porcentaje de comunidades negativas en el foco norcentral fue 71%, en el nororiental 31% y en el foco sur 6%. Entre las comunidades positivas, en el foco norcentral predominan las hipoendémicas (86%), en el foco nororiental predominan las mesoendémicas (52%) y en el foco sur las hiperendémicas (56%). Estas características se asocian primero con el hecho de que en el foco norcentral es donde se han producido más cambios sociales y, segundo con que ésta área fue tratada con Suramina y Dietil-carbamacina (DEC).

Al menos 124 comunidades en los estados del norte han sido descartadas de la lista de comunidades a evaluar porque fueron absorbidas por comunidades urbanas de gran tamaño o desaparecieron (3.399-124 = 3.275).

Las evaluaciones epidemiológicas realizadas en el foco sur han permitido saber que la prevalencia y la intensidad de infección aumentan con la altitud en el eje fluvial Ocamo/Putaco y en el eje fluvial del Río Orinoco. En algunas comunidades la prevalencia llega a 98% y la intensidad de infección a más de 100 microfilarias por mg de piel y aparecen las lesiones linfáticas y oculares más graves asociadas a la Oncocercosis: ingle colgante y queratitis esclerosante.

En el foco sur se realizó una evaluación oftalmológica (266 pacientes) financiada por OEPA a través de la cual se obtuvieron los siguientes resultados:

- ❖ 29.6% con *queratitis punctata*
- ❖ 1.1% con *queratitis esclerosante*
- ❖ 9.8% con lesiones del nervio óptico
- ❖ 11.3% lesiones del polo posterior del ojo
- ❖ 12.4% de los pacientes presentan microfilarias vivas en la cámara anterior del ojo

En el foco sur se han evaluado 36 comunidades de un total de 59 sospechosas (61%). Entre las 36 evaluadas se encontraron 19 hiperendémicas (53%).

Después de una discusión en plenaria se concluyó que es necesario buscar estrategias que

permitan acelerar el proceso de evaluación epidemiológica de las aproximadamente 3.000 comunidades que falta por evaluar.

A través de las evaluaciones entomológicas realizadas hasta ahora en el foco sur se ha establecido que:

- ❖ El número de simúlidos se incrementa con la altitud
- ❖ S. oyapockense domina en áreas de baja altitud y moderada prevalencia y parece ser el principal vector debido a su alta densidad de picada y a su conducta antropofílica.
- ❖ S. incrustatum domina en áreas de alta prevalencia donde está presente S. guianense en menor proporción.
- ❖ S. incrustatum no parece jugar un rol importante como vector a pesar de su alta densidad de picada.

En cuanto a sistemas de información, el Instituto de Biomedicina tiene los recursos apropiados, tanto humanos como materiales para desarrollar y mantener un sistema acorde con las necesidades del programa (Sistema de Información Geográfica --SIG-- y Sistema de Inventario de Comunidades --SICO-- ). Este último se desarrolló completamente en los niveles de estado, municipio, parroquia y comunidad la cual permite capturar los datos y emitir reportes de monitoreo. Se desarrollaron módulos para el registro pacientes con evaluación clínica y oftalmológica y para registrar tratamientos y reacciones adversas. Con dos GPS donados por OEPA se aumentó a 406 el número de comunidades con datos geo-referenciados.

En el área de **Educación en Salud**, el Instituto de Biomedicina en colaboración con la Universidad Central de Venezuela, elaboró un video (*Los enemigos de la piel*) para ser empleado en las actividades educativas del programa. Este ya ha sido probado en algunas comunidades del estado de Sucre y se han obtenido muy buenos resultados. Están en proceso de producción otros dos videos documentales en los estados de Aragua y Sucre, donde también se están realizando actividades de capacitación del personal de los servicios locales de salud sobre la Oncocercosis y su tratamiento. Por carencia de recursos no se pudieron reproducir algunas propuestas de materiales educativos (trípticos y juego para escolares). Se realizó un taller sobre educación en salud y participación social en el contexto de las enfermedades endémicas en la Región Nororiental.

### **4.3 Guatemala**

Expositoras: Dra. Amelia Flores y Dra. Tamara Obispo

Las expositoras hicieron una amplia explicación sobre lo que es el Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS) como estrategia en proceso de implementación por el Ministerio de Salud de Guatemala y su importancia para el avance de programas como el de Oncocercosis.

*La información anual del programa de Oncocercosis es referida al período Julio a Junio del año siguiente*, aspecto que se debe tener en cuenta en el análisis de la información porque los demás países reportan la información de enero a diciembre.

En Guatemala, hay 45 localidades hiperendémicas, 111 mesoendémicas y 369 hipoendémicas lo cual suma *525 comunidades*. *Sin embargo, el número que oficialmente se utiliza en los informes ATO es 517*. Estas cifras quedan pendientes para ser revisadas posteriormente.

Los datos epidemiológicos han sido manejados por diferentes instituciones lo cual ha limitado la disponibilidad de información y la hace poco confiable. El Dr. F. Richards unificó las bases de datos de la década de los ochenta la cual se tomó como línea basal para identificar y estratificar las comunidades.

Aunque no se dispone de censo actualizado, en 1997 se tomó el valor de 246.323 personas como

base para el requerimiento de Mectizán. El número de localidades programadas para medicar era 517 y se medicaron 525. Por esta razón, se tomará el número 525 como meta para medicar durante julio 97/98. La población objeto de tratamiento era 167.499, la población elegible 87.036 de los cuales se trataron 78.256 (cobertura 89.9%) con 1.09% de reacciones secundarias. Se distribuyeron 71.900 tabletas de Mectizán. Se trataron 39 de las 45 localidades hiperendémicas (tablas incluidas en informe). La cifra acumulada de población tratada a julio de 1997 es 38.345. Para 1998 la población en riesgo es de 432.678, los elegibles para tratamiento 346.142 de los cuales se espera tratar a 294.220 para obtener una cobertura de 68% (tablas presentadas en acetato).

El costo actual del tratamiento, una vez al año, de 46.106 personas en las áreas hipoendémicas es de US\$147.615 dólares y el costo de tratar a 147.615 personas, dos veces por año, en áreas meso e hiperendémicas es de US\$345.795 dólares.

Con la financiación de OEPA se ha realizado una consultoría en Educación en Salud y una en Sistemas de Información.

A través de la consultoría de Educación en Salud se está en proceso de elaboración de un paquete de materiales educativos y se realizaron sesiones de capacitación en las que participaron 226 personas de 6 Areas de Salud de las 7 que tienen población endémica. Además, se realizaron talleres de capacitación en los que participaron 56 promotores de salud (22 de ANACAFE, 18 de la Iglesia Católica y 16 del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social).

*Durante 1997 no se realizaron actividades de epidemiología ni entomología debido a que no estaban programadas.*

A través de la consultoría en Sistemas de Información se ha realizado un diagnóstico de la situación actual y se está elaborando una base de datos que toma como eje los Planacos (Formularios que se diligencian en el programa). Se continúa con la digitalización de mapas.

*Nota:* una de las conclusiones obtenidas después de esta exposición es que a pesar de que la evaluación epidemiológica es completa en Guatemala, en 1997 el Ministerio de Salud ha tratado solo la mitad de las 125.000 personas que logró tratar en 1994.

*(Nota Editorial: Es necesario aclarar que existen algunas inconsistencias evidentes en los datos presentados. Sin embargo, éstos*

fueron confirmados al revisar los acetatos de la presentación del Programa de Guatemala).

#### 4.4 México

Expositor: Dr. Gustavo Sánchez

En México hay 53 municipios que tienen áreas endémicas; 23 en el estado de Chiapas y 30 en Oaxaca. Las localidades afectadas son 947 (830 en Chiapas y 117 en Oaxaca). La población en riesgo es de 286.299 (220.184 en Chiapas y 66.115 en Oaxaca). El número de enfermos registrados en toda el área endémica es de 26.029 (22.604 en Chiapas y 3.425 en Oaxaca).

Se presentan datos comparativos para el período comprendido entre 1993 y 1997. En este período la incidencia pasó de 47.3 a 19.9 por 10.000 hbtes y la prevalencia descendió de 1.004,3 a 896,9 por 10.000 hbtes.

En 1990 el programa suministró tratamiento a 15.324 personas enfermas, en 1993 este número aumentó a 36.754 y en 1997 (a octubre) se han tratado 127.000 personas.

En 1997 (a septiembre) se han tratado 243 localidades de alto riesgo (234 en Chiapas y 9 en Oaxaca) y, tomando en cuenta las localidades de todos los niveles de riesgo, han sido tratadas 916 localidades (799 en Chiapas y 117 en Oaxaca). Esto significa que se han tratado el 100% de las localidades de alto riesgo y el 97% de las de todo riesgo.

El número de portadores de nódulos ha disminuido en el período comprendido entre 1990 y 1997. En 1990 eran 3.925 (19.2% de los examinados), en 1993 eran 2.575 (9.8%) y en 1997 se han identificado 1.166 portadores de nódulos (4.5%).

Los casos con biopsia positiva han disminuido en este mismo período: En 1990 fueron 1.774 (4.1%), en 1993 fueron 2.677 (1.8%) y en 1997 han sido 102 (1.1%).

El programa se ha propuesto como uno de sus objetivos, establecer un **Sistema de Información** con cobertura nacional, en todos los niveles del programa el cual sistematice el registro de datos, relacione información de diversas fuentes, calcule valores e indicadores, construya mapas temáticos y evalúe el desempeño del programa. En este campo, se realizó un diagnóstico situacional a través del cual se analizó la estructura de trabajo identificando todos los niveles que

participaban, el flujo de la información, los recursos humanos, los equipos y los programas disponibles y, los productos de información geográfica oficiales y privados en México y el extranjero. Como resultado del diagnóstico situacional se propuso un programa que administre la base de datos de Oncocercosis, a nivel de localidad. Sistema de Procesamiento y Análisis de Reportes de Brigadas (SPAR - B). Sus funciones son: reunir y organizar información por enfermo y localidad; elaborar informes; evaluar el desempeño por nivel administrativo y área endémica; calcular indicadores y construir mapas temáticos.

Una vez establecido SPAR-B se contempla la implementación de centros de información geográfica en México, Oaxaca y Chiapas los cuales integren SPAR – B.S.I.G. - INEGI con el sistema Arc View 3.0. Para lograrlo, es necesario contar con recurso humano calificado para operar el sistema en los tres lugares. Además, se requiere el apoyo de OEPA para adquirir Arc View.

En la línea de investigación operativa se ha realizado la “Determinación de la Prevalencia de infección por *O. volvulus* en *S. ochraceum* mediante la técnica de PCR”.

En educación para la salud se encuentra en proceso una consultoría que tiene como objetivos la realización de una encuesta CAP y la producción de materiales educativos.

### ***Sesión de preguntas***

P/. F. Richards. ¿Cuánto representan las series renuentes en porcentaje? Hay alguna estratificación en dichas series?

R/. No va más allá de 3% y se presenta especialmente en áreas hipoendémicas debido a que la Oncocercosis no es un problema importante y a que ya se han realizado tantas rondas de tratamiento. La causa de la renuencia se asocia más a la toma de la biopsia que al Mectizán. En consecuencia se va a espaciar la toma de las biopsias.

P/. R. Collins. En cuanto al PCR, ¿los ensayos se están haciendo sobre la cabeza de la mosca o cabeza y cuerpo?

R/. En todos los segmentos.

P/. J. Ehrenberg. La actividad de PCR ¿se realizará en 1998?

R/. Ya se iniciaron los trabajos. Los nódulos ya están en el laboratorio y algunos especímenes también.

P/. Dr. Ehrenberg. ¿Nivel de digitación? ¿A partir de qué año en adelante cuentan con información completa, posibilidades de hacer estudio retrospectivo, líneas basales?

R/. No hay homogeneidad de registros y no se puede comparar en una serie continua de años. En algunas períodos se puede pero aunque hay información completa a partir de 1990, ésta mejoró mucho más desde 1994.

P/. Lic. Alba Lucía Morales: Es útil conocer el material educativo que se ha desarrollado después de tantos años de trabajar en Oncocercosis porque es enriquecedor para el proceso en otros países. ¿Existe archivo histórico al respecto o sería posible reconstruirlo?

R/. Dra. María Eugenia Orozco: Sí, se tienen registros, rotafolio 1969, rotafolio 1994, carteles 1994 y trípticos. Se tiene todo ese material. En 1995 se realizó el primer curso con manual de educación para la salud para los trabajadores el cual está disponible.

El Dr. D. Hopkins opina que un archivo histórico de materiales educativos sería muy útil incluso para hacer intercambio con algunos países de Africa de lengua hispana o portuguesa.

P/. Dr. Raúl Quiroga: La utilización de PCR en los focos norte de Venezuela a partir de un intercambio con México, permitiría ganar tiempo al programa de Venezuela.

R/. Se tiene toda la disposición para este tipo de intercambio y se cuenta con el entusiasmo de la Dra. Monroy. Se necesita apoyo de OEPA.

## **4.5 Brasil**

Expositor: Dr. Giovanini Coelho

La Oncocercosis en Brasil fue caracterizada en el inicio de los años 70 por el Dr. Mario Moraes en Toototobi. Desde entonces se trabajó poco, especialmente por la inaccesibilidad al área, la cual se encuentra en el norte del Brasil, estados de Amazonas y Roraima en la frontera con Venezuela. En los años 80 entraron al área miles de mineros con lo cual la situación de los indígenas se complicó mucho originándose múltiples problemas sociales y de salud como la malaria. La sociedad civil organizada presionó al gobierno para apoyar a los indígenas y el proceso culminó con la creación del **Distrito Sanitario Yanomami (DSY)** el cual comprende 9.500.000 hectáreas (extensión equivalente al tamaño de Portugal).

Diversos factores limitan el establecimiento de un programa de control de Oncocercosis de forma sistemática y sostenible, especialmente el aislamiento de los grupos indígenas, las dificultades de acceso al área y la dinámica de movimientos migratorios de la población.

La existencia de malocas o comunidades Yanomami está sujeta a las actividades de sus habitantes (por ejemplo, agrícolas o de aprovechamiento de los recursos naturales), de tal manera que una maloca puede desaparecer a los cuatro años para re-localizarse con un nuevo nombre en otra área. A veces algunos miembros de algunas malocas se separan para fundar nuevas malocas. Esta dinámica poblacional dificulta el registro individual de las comunidades, la realización de un censo poblacional y la planeación operativa en su conjunto.

### ***Polo Base***

Para facilitar la ejecución de actividades, contando con un núcleo de operaciones estable que cubriera un conjunto de ***malocas***, se creó el concepto de Polo Base. Dentro del contexto de esta división operativa el programa considera los Polos Base como ***núcleos de población dispersa*** y las malocas son unidades habitacionales. Para efecto de las evaluaciones epidemiológicas a profundidad (evaluaciones de impacto) se designan ***Polos Base Centinelas***. En este momento hay 28 Polos Base distribuidos en todo el DSY y aunque el gobierno tiene la responsabilidad por la salud en el DSY, participan diversas ONG's y Misiones en el desarrollo de las acciones de salud.

Entre 1993 y 1996 la Fundación Nacional de Salud hizo un gran esfuerzo para caracterizar las presencia de la enfermedad en los Polos Base obteniendo datos de campo en las áreas de

Parasitología, Entomología y Oftalmología (en los Polos Base considerados centrales). De los 28 Polos Base existentes en el área (de los cuales 23 son jurisdicción de la Fundación Nacional de Salud de Roraima), 27 han sido evaluados y estratificados incluyendo el Polo Base Alto Catrimani que fue evaluado en 1997. De esta manera, a la fecha solo falta por evaluar el Polo Base Xiriana. A partir de estas actividades en los 27 Polos Base se obtuvo la siguiente clasificación:

<b><u>No endémicos:</u></b>	Nueve (9) Polos Base.
<b><u>Hiperendémicos:</u></b>	Cinco (5) Polos Base (Balawaú, Homoxi, Surucucu, Tukuxim, Xitei) que comprenden <b>78 malocas</b> .
<b><u>Mesoendémicos:</u></b>	Seis (6) Polos Base (Novo Demini, Paapiú, Palimiu, Parafuri, Toototobi, Alto Catrimani) que comprenden <b>37 malocas</b> .
<b><u>Hipoendémicos:</u></b>	Siete (7) Polos Base (Aracá, Auaris, Demini, Ericó, Sao Gabriel, Missao Catrimani, Waikás) que comprenden <b>57 malocas</b> .

Para 1997 se programaron para tratamiento ocho (8) Polos Base que cubren 67 malocas con una población elegible de 1978 indios. Se propuso iniciar tratamiento solo en aquellas comunidades que reunieran las mínimas condiciones para sostener el suministro de Ivermectina como presencia permanente de una persona que hable Yanomami y la presencia de servicios básicos de salud (Polos Base con infraestructura sanitaria básica). Hasta la fecha se han tratado 852 personas con una cobertura de 43.3% en 37 (65%) localidades de las 57 que estaban programadas. Estas 37 localidades están ubicadas en cuatro (4) Polos Base (Balawaú, Toototobi, Xitei, Novo Demini) de los ocho (8) programados.

La unidad de informática de la Fundación Nacional de Salud (DATASUS) desarrolló un sistema de información para el programa Brasileiro de Eliminación de Oncocercosis denominado ONCHO. Este sistema no está operando aún con su capacidad total puesto que algunos de sus componentes se encuentran en fase de ajuste para su adaptación a las condiciones de campo. El flujo de datos incluyen al DSY, Servicio de Epidemiología en Roraima y Amazonas así como a la Gerencia técnica de Endemias Focais.

En 1997 participaron dos consultores de OEPA en una actividad de epidemiología y de sistemas de información en Boa Vista y Brasilia.

## Foco Sospechoso de Minacú

Expositora: Dra. Marilza Herzog

En 1986, Gerais & Ribeiro encontraron un caso autóctono de Oncocercosis en la ciudad de Minacu, en el norte del Estado de Goiás. Se trataba de una joven de 16 años de edad quien presentaba un nódulo en la región inguinal el cual al ser examinado presentó adultos de *Onchocerca volvulus*. Se consideró un caso autóctono porque la joven nunca estuvo en áreas con presencia de Oncocercosis. Se propuso entonces la hipótesis de que la fuente de infección podía haber sido un grupo de garimpeiros que en la década del 70 realizó exploraciones en Minacu y alrededores y quienes previamente habían estado entre los Yanomami. Posteriormente se realizó una encuesta epidemiológica obteniendo aproximadamente 2.000 biopsias de piel (región escapular y lumbar) de personas que residían en Minacu y alrededores. Todas las 2.000 biopsias fueron negativas.

Sin embargo, se planteó la realización de otras pruebas considerando la baja sensibilidad de la biopsia de piel como método diagnóstico cuando la densidad de microfilarias es baja. En 1992, 1995 y 1996 se realizaron *encuestas serológicas* en habitantes de Minacu y alrededores siguiendo la técnica de Bradley *et al.* (1993) detectando anticuerpos contra *O. volvulus*, para la verificación de la ocurrencia de la enfermedad en casos de baja parasitemia. Se examinaron 744 muestras y 17 (2.3%) fueron positivas.

De ocho (8) individuos que habían sido negativos para biopsia de piel, seis (6) fueron positivos para PCR. A cinco (5) individuos que habían sido sero-positivos se les hizo el test de Mazzotti y 3 de ellos fueron positivos.

De acuerdo con estos resultados, se concluye que para la detección de casos en áreas con baja densidad de microfilarias no es adecuado utilizar la biopsia de piel como método único y se debería utilizar la combinación de las tres pruebas: serología, PCR y test de Mazzotti.

También se advierte que la alta movilidad de grupos de mineros desde zonas oncocercosas hacia el área de Minacu y a otras áreas en Brasil debe ser considerado como un factor de riesgo para el origen de nuevos focos de Oncocercosis y por lo tanto, debe ser adecuadamente monitoreado.

## *Discusión*

Después de la presentación de la Dra. Herzog, surgieron varias preguntas e inquietudes. Se recordó que el 22 de abril de 1997 se realizó una reunión en la sede de la representación de la OPS en Brasilia, con la participación de todas las instancias involucradas en la investigación del foco de Minacu. En esa ocasión, las autoridades de la FNS llegaron a la conclusión de que Minacu no se debería considerar como un foco de Oncocercosis sino como una **comunidad sospechosa** (Relatoría). La decisión se sustentó en el hecho de que no se cumplen los criterios para la definición de áreas endémicas de Oncocercosis establecidos por el Comité de Expertos designado por la OPS en 1992 (TFGECO -Task Force Group on Epidemiological Characterization of Onchocerciasis) y ratificados por el Taller Operativo de Epidemiología en Ecuador (1996). Este comité define como área endémica de Oncocercosis aquella donde se han registrado casos positivos de Oncocercosis y hay evidencia de transmisión. El medio diagnóstico recomendado es la realización de biopsias de piel. En Minacu y sus alrededores todas las biopsias de piel fueron negativas y tampoco se encontraron vectores infectados a través del método tradicional de disección. Los resultados positivos, en una baja proporción de individuos examinados, resultaron del análisis por PCR, serología y reacción de Mazzotti. Estos indicadores pueden ser considerados como factores de riesgo, pero no se pueden certificar como indicadores de infección, dentro del contexto de un foro regional (latinoamericano) reconocido.

## **4.6 Colombia**

Expositor: Dr. Santiago Nicholls

Durante 1997 el programa nacional recibió apoyo de OEPA representado en la contratación de consultorías de Entomología, Educación en Salud y Sistemas de Información Geográfica y el Ministerio de Salud destinó US\$ 30,000 para el programa.

En el área de **Sistemas de Información** se llegó a los siguientes logros: 1) Se amplió la cartografía digitalizada, específicamente de los departamentos en donde existe transmisión (Cauca) y en donde se sospecha que puede haber (Nariño). 2) Se adecuaron y actualizaron el censo y la base de datos con la información obtenida en las rondas de tratamiento. 3) Se identificaron 29

municipios en el país que tienen condiciones geográficas y sociodemográficas similares a la zona de Micay, lo cual permite orientar la búsqueda de otros focos en el país al complementarse con la información hidrográfica y sobre la presencia simúlidos en estas zonas.

En **Educación para la Salud** se avanzó significativamente en el proceso de formación y organización de Agentes Comunitarios de Salud y en el proceso de apropiación del sistema de distribución de Ivermectina por los Promotores de Salud. *La asistencia de representantes de estos dos grupos a IACO '97 constituye un gran estímulo para el fortalecimiento del proceso comunitario, entre otras razones, porque ellos mismos presentaron las experiencias que han tenido en el programa.* Adicionalmente, se realizó una encuesta CAP con el fin de contrastar la situación inicial de desconocimiento absoluto de la Oncocercosis con el momento actual después de la intervención educativa. Los conocimientos se elevaron de 0% en la encuesta inicial hasta: 87.7% en identificar al parásito como agente etiológico, 78.9% en identificar la enfermedad como transmitida por un vector, 80.7% en identificar la Ivermectina como terapia, 63.2% en saber el intervalo de dosis y 35% en saber la duración del tratamiento.

Se entrenó al personal de salud (2 promotores de salud y 1 de saneamiento) en las diferentes labores necesarias para el desarrollo normal del programa como manejo de la información, entrega del medicamento, manejo de posibles efectos secundarios y en las actividades de entomología (reconocimiento, captura y almacenamiento de simúlidos).

En 1997 no se realizaron evaluaciones epidemiológicas ni oftalmológicas. Se había programado una EER en el municipio de Barbacoas (Departamento de Nariño), pero no se pudo llevar a cabo debido a la ocurrencia de problemas de orden público por lo cual fue postergada para 1998.

### **Evaluación entomológica**

Expositora: Dra. Paulina Muñoz

Desde agosto de 1996 hasta septiembre de 1997 se realizaron (mensualmente y durante 4 días, desde las 6:30 hasta las 18:00 horas) capturas de hembras sobre cebo humano con excepción de los meses de enero y abril de 1997. Este trabajo fue realizado en la mayoría de los meses por los promotores de salud quienes enviaron el material al laboratorio en Bogotá.

**Especies:** La composición de especies de simúlidos del foco de Oncocercosis, municipio López de

Micay, vereda Naicioná, es la siguiente: *S. exiguum*, *S. lutzianum*, *S. mexicanum*, *S. bipunctatum* y *S. sanguineum cf.* Las especies antropofílicas colectadas sobre cebo humano son: *S. exiguum*, *S. sanguineum cf* y *S. bipunctatum*, las cuales pican en los miembros inferiores. De las 10.727 moscas capturadas en el año, el 99.44% correspondió a *S. exiguum*, el 0.55% a *S. sanguineum cf* y el 0.0093% a *S. bipunctatum*. La composición de especies en el foco de Oncocercosis en Colombia es similar a la encontrada en Ecuador. Sin embargo, *S. quadrivittatum* no se encuentra en Naicioná y en su reemplazo está *S. sanguineum cf*, que no está registrada en Ecuador.

Se confirmó que *S. exiguum* es el vector de *Onchocerca volvulus* en Naicioná basado en los hallazgos de infección natural con larvas L3 de *Onchocerca volvulus*.

**Actividad horaria:** Con los datos recogidos durante el año se pudo determinar que los picos de actividad diaria para *S. exiguum* se presentan entre las 11 y 12 horas en la mañana y entre las 16 y 17 horas en la tarde.

**Variación mensual:** La mayor densidad de *S. exiguum* se presentó en el mes de agosto de 1997, correspondiendo al mes más seco durante el año. El 35% del total de moscas capturadas en el año fue recolectado en este mes, el 13% en mayo y el 11% en junio. Por lo tanto, los meses posibles para realizar las evaluaciones entomológicas son mayo-junio o agosto. Sin embargo, se requiere determinar si estos meses coinciden con el mes de mayor transmisión.

***Tasa de Infección Parasitaria (TIP):***

TIP para agosto de 1996	=	2.6%
TIP para septiembre de 1996	=	5.4% (Disecciones con técnica de Nelson)
En conjunto (agosto/sep/96) TIP	=	4.27% (Línea de base pre tratamiento con Ivermectina)
TIP para febrero de 1997	=	0.99%
TIP para marzo de 1997	=	2.20%

**Número de microfilarias ingeridas por mosca:** No se llevó a cabo el estudio porque en Naicioná el tratamiento masivo con Ivermectina se inició en septiembre de 1996 y el 83.1% de la población elegible ha sido tratada por 3ª vez. En consecuencia, el número de microfilarias ha disminuido pues en las disecciones de las hembras con sangre, practicadas en campo en septiembre de 1997, no se encontró ninguna microfilaria en sangre a pesar de haber usado atrayentes humanos positivos. En ocasiones anteriores se habían encontrado 1-20 microfilarias por biopsia (Ewert *et al.*

1997) y 13.5 microfilarias por biopsia en la región escapular (Tidwell *et al.*, 1980). Sin embargo, el hecho de haber encontrado una L2 en tórax en septiembre de 1997 demuestra que el nivel de infección existe en forma residual pues coincide con el día segundo de la administración de la 3ª dosis de Ivermectina.

## **5 Definición de indicadores para certificación de eliminación**

Se establecieron 3 temas de discusión y se conformaron igual número de grupos de trabajo con participación de todos los asistentes a la Conferencia. A continuación se presentan las conclusiones más importantes de cada uno de estos grupos.

### **5.1 Criterios para certificación de eliminación de la transmisión**

*Coordinador:* Dr. Richard Collins; *Relatora:* Dra. Tamara Mancero

*Participantes:* Dr. José Rumba, Dra. Amelia Flores, Dra. María Eugenia Orozco, Dr. Ed Cupp, Dra. Paulina Muñoz, Dr. Giovanini Coelho, Dr. Donald Hopkins, Dr. Bruno Travi, Dr. Demetrio Góngora, Dr. Santiago Nicholls, Dr. Gerzaín Rodríguez, Sra. Zenaida Riascos, Sr. Alfonso Riascos, Sr. Hernán Riascos

- *La ausencia de larvas de tercer estadio de Onchocerca volvulus en las cabezas de los vectores.* El examen de cabezas es un indicador de presencia o ausencia de transmisión. Los cuerpos también pueden ser evaluados y es un indicador del contacto del vector con personas positivas para las microfilarias. En cada comunidad evaluada es necesario examinar 10.000 (o más) moscas. Las comunidades centinela y no centinela y de carácter hipo, meso e hiperendémicas tienen que ser incluidas. La frecuencia de colección de moscas tiene que ser cada dos años, el primero al inicio de la certificación de eliminación, durante 12 años (seis colecciones en total). Las colecciones deben ser hechas en la época del año y las horas del día con mayor infectividad. Se recomienda el uso de la técnica de PCR siempre y cuando sea factible y utilizando el laboratorio del Dr. Tom Unnasch como laboratorio de referencia.
- *La ausencia de infección detectable en niños no tratados con Ivermectina o nodulectomías, entre tres-cinco años de edad o entre 10-15 kilos de peso o menos de 90 cms. de altura*

(Microfilarias en biopsia de la piel, presencia de nódulos detectados por palpación). La cohorte de niños debe ser examinados cada dos años a partir del inicio de la certificación de eliminación por 12 años (seis veces en total). Las comunidades centinelas y no centinelas deben ser evaluadas, incluyendo las hipo, meso e hiperendémicas. El número de comunidades y cohortes tienen que ser suficientes desde el punto de vista estadístico.

- La ausencia de infección detectable en residentes nuevos.

## **5.2 Criterios para certificación de eliminación de la morbilidad**

*Coordinador:* Dr. Ron Guderian

*Relatora:* Dra. Tamara Obispo

*Participantes:* Dr. Rafael Borges, Dr. Carlos Botto, Dr. Gonzalo Rivadeneira, Dr. Gustavo Sánchez, Dr.

Roberto Proaño, Dr. Yankum Dadzie, Dr. Mauricio Sauerbrey, Dra. Gloria Palma, Dr. Héctor López.

Después de las largas discusiones sostenidas por los participantes en este grupo, se definió que hay solo dos (2) indicadores viables para evaluar morbilidad:

- 1. La vigilancia amplia de manifestaciones oculares en comunidades previamente endémicas, debe mostrar ausencia de lesiones reversibles del segmento anterior: microfilarias en cámara anterior y queratitis punctata.

### ***Justificación***

- a. Las lesiones reversibles en la cámara anterior constituyen un indicador determinante permitiendo evaluar la eliminación de la morbilidad ocular. Las lesiones a ser evaluadas y verificadas son microfilarias en cámara anterior y queratitis punctata.
- b. La queratitis punctata representa una reacción inflamatoria contra la microfilaria en la córnea (opacidad), sin embargo puede existir la presencia de microfilarias libres en la córnea sin reacción, por lo que se recomienda que en la evaluación de queratitis punctata se incluya la búsqueda de opacidades y microfilarias libres en la córnea.
- c. Como son lesiones reversibles, esta evaluación debe ser realizada en niños y adultos.

- 2. La vigilancia amplia de manifestaciones dérmicas en comunidades previamente endémicas, debe mostrar ausencia de nódulos palpables en niños menores de seis años.

### ***Justificación***

- a. La formación de nódulos es el único indicador factible ya que su presencia implica manifestación clínica de morbilidad.
- b. Se recomienda que la búsqueda de nódulos sea en niños menores de 6 años que no han recibido tratamiento.

### ***Requisitos***

Hubo una amplia discusión sobre los requisitos que deben ser cumplidos por cada país endémico, antes de considerar los criterios para la eliminación de la Oncocercosis

1. Documentación que demuestre evaluaciones epidemiológicas de todas las áreas sospechosas de Oncocercosis
2. Documentación que demuestre tratamiento semestral durante los primeros cinco años en todas las comunidades hiperendémicas y mesoendémicas y una vez en las áreas hipoendémicas.
3. Documentación que demuestre una cobertura de tratamiento no menor del 80% en la población elegible.
4. La distribución de Ivermectina deberá mantenerse entre 5 y 12 años después de haberse detectado el último caso clínico.

## **5.3 Identificación de nuevos focos**

*Coordinador:* Dr. John P. Ehrenberg      *Relator:* Ing. Roberto Sáenz

*Participantes:* Dr. Guillermo Zea Flores, Dr. Keith Carter Ing. Antonio Salgado, Dr. Carlos Alvarez, Lic. Sofía Duque, Dr. Augusto Corredor, Dr. Raul Quiroga, Dr. Frank Richards, Lic Marilza Herzog.

Las conclusiones de este grupo fueron las siguientes:

### **Requisitos**

- ❖ Reporte de al menos un caso índice confirmado parasitológicamente, agotando todas las indagaciones necesarias para determinar que el caso no proviene de ningún área oncocercosa.

### **Estudio del caso**

- ❖ Confirmar si se trata de un caso autóctono.
- ❖ Incluir en la investigación a familiares y vecinos cercanos.
- ❖ Determinar la existencia de factores de riesgo que favorezcan la transmisión.

### **Epidemiología**

- ❖ Realizar EEP con hallazgos positivos. Sólo en condiciones excepcionales deben realizarse las EER.

No se recomienda el uso de técnicas alternativas en lugar de los criterios epidemiológicos estandarizados. Las técnicas de PCR en biopsia de piel, serología y otras alternativas sólo se emplearán cuando estén validadas frente a los métodos epidemiológicos previamente establecidos.

### **Entomología**

- ❖ Realizar EEnRa con hallazgos positivos.

Sólo se recomienda el uso de la técnica de PCR cuando haya sido estandarizada en la especie en cuestión.

### **Consulta**

- ❖ Consulta con OPS/OMS - OEPA.

### **Seguimiento**

- ❖ Si los hallazgos epidemiológicos y entomológicos son positivos, el foco quedará confirmado por OPS/OMS y será integrado a las actividades del programa nacional.
- ❖ Si los hallazgos epidemiológicos son negativos, a criterio de las autoridades del

programa se realizará una EEP a los dos años de haberse realizado la primera. En caso de que ésta sea negativa, se declarará como no endémica.

- ❖ Se recomienda reforzar la vigilancia epidemiológica para monitorear la aparición de nuevos casos.

## **6 Búsqueda de fondos para la iniciativa regional**

*Coordinadores:* Sr. Jack Blanks y Dr. Robert Klein

*Participantes:* Sr. Andy Agle, Lic. Alba Lucía Morales, Dr. Ed Cupp, Dr. Edmundo Alvarez, Srta. Joni Lawrence, Lic. Marco Antonio Morales, Dr. Mauricio Sauerbrey, Sr. Rick Robinson.

Se creó otro grupo para analizar la situación financiera de la iniciativa regional identificando las necesidades actuales y futuras en este campo en la perspectiva de asegurar la continuación de OEPA hasta diciembre de 1999. Las principales conclusiones son las siguientes:

### **Análisis del convenio del BID para determinar fondos y tiempo restantes**

- ❖ US\$ 2 millones no gastados de un original de US\$ 4 millones
- ❖ El convenio original expira en junio de 1999
- ❖ Factibilidad de gastar los fondos restantes antes de la fecha en que concluye el convenio original y, la posibilidad de pedir una extensión del contrato sin costo.

### ***Recomendaciones:***

- ❖ Que el grupo técnico de OEPA haga una proyección de las requerimientos en el marco de las restricciones del convenio del BID hasta diciembre de 1999, basada en las necesidades y requerimientos de los planes nacionales de 1998.
- ❖ Solicitar la extensión del convenio hasta diciembre de 1999.
- ❖ Solicitar al PEC (posterior a la evaluación de medio término) con representantes del BID, evaluadores, CCI y PCC, introducir ajustes en el presupuesto basados en los resultados de la evaluación de medio término y de IACO'97 (necesidades de los programas).

### **Análisis de los fondos del Centro Carter /Global 2000**

- ❖ El Centro Carter / Global 2000 reportó que serán otorgados US\$230,000 para gastos de funcionamiento de OEPA y US\$40,000 adicionales para apoyo directo de OEPA a los planes nacionales.
- ❖ El Centro Carter / Global 2000 también proveerá aproximadamente US\$300,000 en apoyo adicional en asistencia técnica y administrativa desde su oficina en Atlanta.
- ❖ Las proyecciones actuales indican que los compromisos de contrapartida bajo el convenio con el BID, llegarán a un valor de US\$ 2.5 millones.

### ***Recomendaciones:***

- ❖ El Centro Carter continuará en la búsqueda de fondos con el fin de mantener al menos el nivel actual de apoyo a OEPA y a los planes nacionales.
- ❖ El Centro Carter buscará activamente fondos adicionales a los ya contemplados en su compromiso actual para asistir a OEPA y a los programas nacionales.

### **Análisis de áreas sin financiamiento en los planes nacionales y desarrollo de una estrategia para los fondos faltantes.**

- ❖ Dados los fondos actuales y las demandas del programa, se acuerda que OEPA necesita aproximadamente US\$100,000 por año adicionales a los fondos del BID disponibles hasta diciembre de 1999.
- ❖ La suma total a conseguir sería entonces de US\$200,000 (para 1998 y 1999).

### ***Recomendaciones***

- ❖ El equipo técnico de OEPA, los miembros del PCC y expertos seleccionados de los programas nacionales deberían preparar propuestas cortas. La lista de temas y propuestas escritas deberían ser desarrolladas por el PCC y OEPA antes de diciembre 31 de 1997 y distribuidas para ser aprobadas.
- ❖ De tres a cinco propuestas cortas con presupuesto deberían ser completadas para

- febrero 1 de 1998.
- ❖ El Centro Carter / Global 2000 trabajará con su grupo de recaudación de fondos para identificar donantes potenciales basado en propuestas y presupuestos específicos.
  - ❖ La meta es enviar propuestas para marzo 1 de 1998.

## **Oferta del BID de convenir una reunión con donantes potenciales**

## **6 Resolución sobre la Eliminación de la Oncocercosis como Problema de Salud Pública en las Américas para el año 2007: Propuesta**

Un borrador de esta propuesta de Resolución fue presentado a la Conferencia y sometido a discusión en diferentes grupos de trabajo. El objetivo es que esta propuesta sea sometida al Consejo de Ministros de las Américas. La versión definitiva de la propuesta, obtenida después de todas los ajustes hechos por los grupos aparece Anexo a este documento.

## **8 Varios**

### **8.1 Cambio en la dirección de OEPA**

Durante la última sesión del evento el CCI comunicó a la Conferencia que a partir del 1 de diciembre de 1997 el Dr. Edmundo Alvarez dejaría el cargo como Director de OEPA y el Dr. Guillermo Zea asumiría como Director en Funciones durante el periodo de transición.

### **8.2 Documentación entregada a los participantes**

A cada uno de los participantes se le entregó un cartapacio que contenía los siguientes documentos:

- ◆ Resultados esperados de la Conferencia
- ◆ Relatoría IACO'96, Versión Final
- ◆ Agenda sesión de Inauguración IACO'97

- ◆ Agenda IACO'97
- ◆ Lista de participantes a la Conferencia en representación de Colombia
- ◆ Informe de Actividades OEPA 1997 (Reporte del director y de las áreas técnicas de Epidemiología, Educación para la Salud, Sistemas de Información y situación del componente de Tratamiento con Mectizan®)
- ◆ Informe de actividades en 1997 y análisis situacional del programa en Brasil, Colombia, Venezuela, México, Ecuador y Guatemala (acetatos de presentación).
- ◆ Artículo enviado para publicación al Boletín de la OPS: *"The Onchocerciasis Elimination Program for the Americas: A History of Partnership."*
- ◆ Weekly Epidemiological Record, Nos. 29 y 30, July 1997
- ◆ Indicators of the Possible Elimination of Parasite Transmission in Onchocerciasis Endemic Areas of de Américas (escrito por Dr. Richard Collins y revisado por Dr. Ed Cupp)
- ◆ Disease Elimination and Eradication as Public Health Strategies: Fact Sheet for Selected Candidate Condition: Onchocerciasis, DRAFT
- ◆ Propuesta "Resolución sobre la Eliminación de la Oncocercosis como problema de Salud Pública en las Américas para el año 2007", BORRADOR, octubre 23 de 1997

## 9 Conclusiones

1. Siendo el foco norte de Venezuela el de mayor dimensión en las Américas es necesario enfocar todos los esfuerzos a la búsqueda de alternativas que permitan acelerar el proceso de estratificación epidemiológica de las comunidades. En este momento están pendientes por evaluar aproximadamente 3.000 comunidades.
  
2. Aunque en Guatemala la evaluación epidemiológica es completa, en 1997 el Ministerio de Salud solo logró tratar con Ivermectina a la mitad de los 125.000 personas que habían sido tratadas en 1994. En consecuencia, lograr sistemas sostenibles de distribución de Ivermectina por una década o más es una meta de todos los países endémicos y, ahora, especialmente de Guatemala.
  
3. Colombia, México y Ecuador están logrando tratar la casi totalidad (97%) de las comunidades endémicas (1036 de 1067) y en México y Ecuador el tratamiento ha sido suministrado por más de cinco años. En consecuencia, IACO'97 consideró apropiado convocar a la iniciación del proceso formal de certificación de eliminación de Oncocercosis.
  
4. Se elaboró una propuesta-borrador de criterios e indicadores para certificar eliminación de

transmisión, eliminación de morbilidad y los criterios para reporte e identificación de focos no descritos previamente (nuevos). Se espera que estos posteriormente sean afinados y aplicados en los países candidatos en el año 2.000 usando el mecanismo de un comité internacional especial *ad hoc*. IACO'97 propuso que tal comité podría ser formado a través de una nueva resolución enviada para su consideración al Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud.

5. Los Directores de los seis (6) Programas Nacionales se comprometieron a gestionar entre sus respectivos Ministros de Salud para que la propuesta de “Resolución sobre la Eliminación de la Oncocercosis como Problema de Salud Pública en las Américas para el año 2007” que fue revisada, mejorada y aprobada por los participantes en IACO'97, sea presentada y discutida por el Consejo de Ministros de las Américas, con el objetivo de que sea adoptada como resolución de dicha plenaria. De esta manera, se busca reafirmar y fortalecer el compromiso en el proceso para la eliminación de la enfermedad en el año 2007.

6. El tema central de la próxima conferencia (IACO'98) será Sostenibilidad, con el ánimo de estimular a todos los programas involucrados en la iniciativa regional a hacer énfasis en la búsqueda de alternativas que permitan incrementar las perspectivas de sostenibilidad de los sistemas de distribución de Ivermectina a largo plazo.

7. También se definió que IACO'98 se llevará a cabo en Venezuela.

## **10 Lista de documentos que circularon en IACO'97**

Los documentos que se listan a continuación están disponibles en el archivo de OEPA.

- ◆ Acetatos presentación Dr. Donald Hopkins
- ◆ Acetatos presentación Dr. Yankum Dadzie
- ◆ Acetatos presentación Dr. Roberto Chuit
- ◆ Acetatos presentación Dr. Frank Richards
- ◆ Resumen presentación Dr. Mauricio Sauerbrey
- ◆ Resumen presentación Dr. Ronald Guderian
- ◆ Conclusiones Grupo de trabajo sobre “Criterios para certificación de eliminación de transmisión”
- ◆ Conclusiones Grupo de trabajo sobre “Criterios para certificación de eliminación de morbilidad”
- ◆ Conclusiones Grupo de trabajo sobre “Identificación de nuevos focos”
- ◆ Conclusiones Grupo de trabajo sobre “Búsqueda de fondos para la iniciativa regional”

- ◆ Informe de actividades 1997 - Venezuela
- ◆ Acetatos presentación Programa de Venezuela
- ◆ Informe de actividades 1997 - Ecuador
- ◆ Acetatos presentación Programa de Ecuador
- ◆ Informe de actividades 1997 - Guatemala
- ◆ Acetatos presentación Programa de Guatemala
- ◆ Informe de actividades 1997 - México
- ◆ Acetatos presentación Programa de México
- ◆ Informe de actividades 1997 - Brasil
- ◆ Acetatos presentación Programa de Brasil
- ◆ Informe de actividades 1997 - Colombia
- ◆ Acetatos presentación Programa de Colombia
- ◆ Acetatos presentación del Lic. Jorge Rojas, BID
- ◆ Acetatos presentación Lic. Alba Lucía Morales
- ◆ Lista de participantes

*Edición: Alba Lucía Morales, Bact., MSP*

*Diagramación: Ana Lisbeth Salazar*

Programa para la Eliminación de la  
Oncocercosis en las Américas  
-OEPA-

Director:	Dr. Mauricio
Asesor Experto:	Sauerbrey
Consultores	Dr. Guillermo Zea
Educación para la	Flores
Salud:	
Sistemas de	Licda. Alba Lucía
Información	Morales
Geográfica:	Ing. Roberto
Oficial Financiero:	Sáenz
Asistente del Oficial	Lic. Marco
Financiero:	Antonio Morales
Asistente de	Juan Carlos
Contabilidad:	Solares
Apoyo Secretarial	Oswaldo Mejía
	Vivian Alvarez
	Ana Lisbeth
	Salazar

