

Relatoría de la XVI Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis IACO 2006



“La Eliminación de la Morbilidad Ocular para el año 2007:
¿Estamos preparados?”



Producción, diagramación y edición:

Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas, (OEPA)

Tiraje: 200 ejemplares

Lugar y fecha: Ciudad de Guatemala, 29 de octubre de 2007

Equipo de OEPA:

Dr. Mauricio Sauerbrey, Director

Dr. Guillermo Zea Flores, Experto Asesor

Dr. Alfredo Domínguez, Asesor en Epidemiología

Ing. Dalila Ríos, Asesora en Sistemas de Información

Licda. Alba Lucía Morales, Asesora en Educación para la Salud

Lic. Luis Erchila, Oficial Financiero y Administrativo

Sr. Juan Carlos Solares, Contador General

Sr. Oswaldo Mejía, Asistente de Contabilidad

Sra. Silvia Sagastume, Secretaria Ejecutiva/Asistente de Operaciones

Sra. Carolina Aguilar, Secretaria del Depto. Técnico

Sra. Rosa de Alebón, Encargada de Mantenimiento

Oficinas de OEPA:

Dirección postal: 14 Calle 3-51, Zona 10, Edificio Murano Center, Oficina 1401,
Ciudad de Guatemala 01010, Guatemala, C. A.

Teléfonos: (502) 23666106 al 109

Fax: (502) 23666127

Correo electrónico: oepa@oepa.net

Página web: www.oepa.net



**Relatoría de la XVI Conferencia Interamericana
sobre Oncocercosis -IACO 2006-**

**“La Eliminación de la Morbilidad Ocular para
el año 2007: ¿Estamos preparados?”**

Antigua Guatemala, Guatemala, 7-9 de noviembre, 2006

Tabla de contenido

Indice de cuadros, gráficos y mapas	4
Misión de OEPA	9
Estrategia de OEPA.....	9
Instituciones involucradas con la Iniciativa Regional y los Programas Nacionales	9
Directores y Coordinadores de cada Programa Nacional.....	10
Comité Coordinador del Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (PCC)	11
Foto de los participantes en la XVI IACO	12
Antecedentes de la Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis	13
Introducción.....	14
Sesión I: Situación de la morbilidad ocular en los focos donde se realizaron evaluaciones oftalmológicas en 2006	16
Introducción a la Sesión I	16
Colombia.....	17
Ecuador	17
Guatemala.....	18
México.....	20
Venezuela	20
Resumen de la situación actual del indicador Microfilarias en la Cámara Anterior del Ojo (MfCA)	22
Conclusiones de la Sesión I	24
Sesión II: Evaluaciones de impacto del tratamiento con Mectizan® (Evaluaciones Epidemiológicas en Profundidad -EEP-)	25
Introducción a la Sesión II	25
Colombia.....	28
Ecuador	29
Guatemala.....	30
México:.....	33
Foco Norte de Venezuela	35
Foco Sur de Venezuela	38
Conclusiones de la Sesión II.....	40
Sesión III: Análisis de las coberturas de tratamiento logradas durante 2006	42
Introducción a la Sesión III.....	42
Brasil	45
Colombia.....	47
Ecuador	49
Guatemala.....	51

México.....	54
Venezuela	57
Conclusiones generales de la Sesión III:	60
Recomendaciones Generales de la Sesión III:.....	60
 Sesión IV: Supervisión de las actividades de tratamiento durante el 2006	 61
Introducción a la Sesión IV:.....	61
Brasil	62
Colombia.....	64
Ecuador	64
Guatemala.....	65
México.....	65
Venezuela	65
Conclusiones y recomendaciones de la Sesión IV	66
 Sesión V: Educación para la Salud y Participación Comunitaria	 68
Introducción a la Sesión V	68
Brasil	70
Colombia.....	71
Ecuador	75
Guatemala.....	77
México.....	82
Venezuela	85
Conclusiones de la Sesión V	89
 Conclusiones y Recomendaciones finales de IACO 2006	 91
 Conferencias especiales:.....	 94
“Esfuerzos para la eliminación de la oncocercosis en Uganda”, Dr. Ambrose Onapa	94
“Conceptos del uso de SIMON-a para monitorear el recrudescimiento de la enfermedad en la fase postratamiento”, Dr. John Davies	97
“Reporte de la Reunión de Entomólogos celebrada en Guatemala, los días 26 y 27 de septiembre de 2006: Umbral del Potencial de Transmisión”, Dr. Eddie Cupp	106
“Poolscreen® 3.0: Un Programa para calcular los Potenciales Anuales de Transmisión (PAT)”, Dr. Thomas Unnasch.....	108
“WIRM: Esfuerzos en la investigación para identificar una prueba que detecte gusanos adultos fértils”, Dr. Kim Janda.....	113
“Reporte de viaje a comunidades de Chiapas, México, en Octubre de 2006”, Dr. Richard Collins	114
 Agenda de la XVI IACO.....	 117
 Listado de participantes a la XVI IACO.....	 121

Índice de cuadros, gráficos y mapas

Cuadro No. 1. Prevalencia de Microfilarias en Cámara Anterior del Ojo (MfCA) en una Comunidad Centinela y 2 extra-centinelas del Foco Central de Guatemala en 2006.....	18
Cuadro No. 2. Prevalencia de Queratitis Punteadas (QP) en una Comunidad Centinela y 2 extra-centinelas del Foco Central de Guatemala en 2006	18
Cuadro No. 3. Personas positivas a MfCA y su historia de tratamiento con Mectizan® en el Foco Central de Guatemala en 2006.....	19
Cuadro No. 4. Prevalencia de MfCA en 6 Comunidades Extra-centinelas y una centinela del Foco Nor-oriental de Venezuela en 2006	20
Cuadro No. 5. Prevalencia de QP en 6 Comunidades Extra-centinelas y una centinela del Foco Nor-oriental de Venezuela en 2006.....	21
Cuadro No. 6. Personas positivas a MfCA y su historia de tratamiento con Mectizan® en el Foco Nororiental de Venezuela en 2006	21
Cuadro No. 7. Evolución y Situación Actual del indicador de Morbilidad Ocular “Microfilaria en Cámara Anterior”, en Comunidades Centinela y Extra-Centinelas, por Foco	23
Cuadro No. 8. Situación Actual de la transmisión de la oncocercosis en las Comunidades Centinelas , por Foco en 2006.....	26
Cuadro No. 9. Tasa de Infectividad (TI) por Foco, comparando el indicador 1/10,000 vs 1/2,000	27
Cuadro No. 10. Resultados de la Encuesta Serológica realizada en 2006 por grupo de edad y sexo	28
Cuadro No. 11. Resultados obtenidos por PCR de las moscas capturadas en 2004	28
Cuadro No. 12. Evolución 1996- 2004 de los indicadores entomológicos de Naicioná (Foco de López de Micay)	29
Cuadro No. 13. Situación de los indicadores entomológicos de las comunidades centinelas en 2004	30
Cuadro No. 14. Prevalencias por biopsia de piel en una comunidad centinela de Guatemala, 1994 y 1998	30
Cuadro No. 15. Prevalencias por biopsia de piel en las comunidades centinelas y extra-centinelas de Guatemala. 2003 y 2006.....	31
Cuadro No. 16. Prevalencias por biopsia de piel en menores de 5 años en comunidades centinelas y extra-centinelas 2006	31
Cuadro No. 17. Prevalencias de nódulos en comunidades centinelas y extra-centinelas, 2003-2006	31

Cuadro No. 18. Prevalencias de nódulos en niños menores de 5 años en comunidades centinelas y extra-centinelas, 2003-2006.....	32
Cuadro No. 19. Indicadores entomológicos en las comunidades centinela de Guatemala	32
Cuadro No. 20. Coberturas de tratamiento en comunidades centinelas y extra-centinelas durante 5 rondas (1ª ronda de 2004 - 1ª de 2006), Guatemala.....	33
Cuadro No. 21. Prevalencias por biopsias de piel en comunidades extra-centinelas evaluadas en los Focos de Chiapas (Evaluación basal vs. última evaluación)	33
Cuadro No. 22. Evolución de los indicadores entomológicos en las comunidades extra-centinela del Foco Sur de Chiapas, México.....	34
Cuadro No. 23. Situación actual de los indicadores entomológicos en las comunidades centinelas y extra-centinela de los focos de Oaxaca y Chiapas, 2004	35
Cuadro No. 24. Evolución de las prevalencias de microfilarias en biopsias de piel en la comunidad centinela Caituco, del Foco Nor-oriental, 1999- 2006	35
Gráfico No. 1. Evolución de las prevalencias de microfilarias en biopsias de piel en la comunidad centinela Caituco, del Foco Nor-oriental, 1999- 2006	36
Cuadro No. 25. Prevalencia de microfilarias en piel en las comunidades extra-centinelas del Foco Nor-oriental, 2006.....	36
Cuadro No. 26. Evolución de las Prevalencias de Nódulos en la comunidad centinela <i>Caituco</i> del Foco Nor-oriental , 1999-2006	37
Cuadro No. 27. Prevalencia de Nódulos en las comunidades extracentinelas del Foco Nor-oriental, 2006	37
Cuadro No. 28. Tasa de seropositividad por grupos de edad en las comunidades centinelas y extra-centinelas del Foco Nor-oriental, 2006	38
Cuadro No. 29. Índices entomológicos pre-ivermectina en dos comunidades centinelas del foco Sur	39
Cuadro No. 30. Índices entomológicos post-ivermectina en dos comunidades hiperendémicas (1 centinela) del Foco Sur.....	39
Cuadro No. 31. Prevalencia de la tasa de infectividad (<i>TI</i>) post-ivermectina de poblaciones de <i>S. guianense</i> s.l con larvas L3 de <i>O. volvulus</i> en localidad centinela Coyowë-theri del Foco Sur, Venezuela	39
Cuadro No. 32. Tasas de Infectividad 1982 a 2006 en la población de <i>S. guianense</i> s.l. en Coyowëtheri.....	40
Gráfico No. 2. Número de rondas con coberturas iguales o mayores al 85%, por foco (2001-2006).....	43

Gráfico No. 3. Coberturas alcanzadas en las primeras rondas de tratamiento de 2005 y 2006 ..	43
Gráfico No. 4. Evolución histórica del tratamiento en Brasil 1995-2006	45
Gráfico No. 5. Evolución de las Poblaciones Tratadas, NO Tratadas y % de NO Tratadas en Brasil 2001-2006	46
Cuadro No. 33. Información general 2006, del único foco endémico (Amazonas-Roraima) en el país	46
Gráfico No. 6. Evolución histórica del tratamiento en Colombia 1996-2006	47
Gráfico No. 7. Evolución de las Poblaciones Tratadas, NO Tratadas y % de NO Tratadas en Colombia 2001-2006	48
Cuadro. No. 34. Información general 2006, del único foco endémico (López de Micay) en el país:	48
Gráfico No. 8. Evolución histórica del programa de Ecuador 1995-2006	49
Gráfico No. 9. Evolución de las Poblaciones Tratadas, NO Tratadas y % de NO Tratadas en Ecuador 2001-2006	50
Cuadro No. 35. Información general 2006, del foco endémico (Esmeraldas-Pichincha) incluyendo los sub-focos en el país:.....	50
Gráfico No. 10. Evolución histórica del programa de Guatemala 1996-2006	51
Gráfico No. 11. Evolución de las Poblaciones Tratadas, NO Tratadas y % de NO Tratadas en Guatemala 2001- 2006.....	52
Cuadro No. 36. Foco Cuilco (Huehuetenango).....	52
Cuadro No. 37. Foco Central (Suchitepéquez, Sololá y Chimaltenango)	53
Cuadro No. 38. Foco Escuintla/Guatemala	53
Cuadro No. 39. Foco Santa Rosa	53
Gráfico No. 12. Evolución histórica del programa de México 1995-2006	54
Gráfico No. 13. Evolución de las Poblaciones Tratadas, NO Tratadas y % de NO Tratadas en México 2001-2006	55
Cuadro No. 40. Foco Oaxaca	55
Cuadro No. 41. Foco Norte de Chiapas (Chamula)	56
Cuadro No. 42. Foco Sur de Chiapas (Soconusco)	56
Cuadro 43. Comunidades y población elegible por nivel de endemividad en las comunidades del foco Sur de Chiapas bajo el esquema de tratamiento 4 tx/año, 2006.....	56

Cuadro 44. Coberturas de tratamiento durante 2006 en las comunidades del Foco Sur de Chiapas que siguen el esquema de tratamiento 4 tx/año	57
Gráfico No. 14. Evolución histórica del programa de Venezuela 1995-2006.....	57
Gráfico No. 15. Evolución de las Poblaciones Tratadas, NO Tratadas y % de NO Tratadas en Venezuela 2001-2006	58
Cuadro No. 45. Foco Nor-Central	59
Cuadro No. 46. Foco Nor-Oriental	59
Cuadro No. 47. Foco Sur (Amazonas-Bolívar)	59
Cuadro No. 48. Esquema de supervisión de comunidades del programa de Brasil.....	63
Gráfico No. 16. Flujograma de supervisión de tratamiento del Programa de Ecuador	64
Cuadro No. 49. Comunidades supervisadas en el Foco Central de Guatemala durante 2006	65
Cuadro No. 50. Situación de los sistemas de supervisión en los países.....	66
Cuadro No. 51. Recursos humanos asignados por cada país al componente de Educación para la Salud en 2005 y 2006	69
Cuadro No. 52. Trabajadores de salud y Agentes Comunitarios de Salud involucrados en el tratamiento en cada foco de la región	70
Cuadro No. 53. Auxiliares de Medicina Yanomami, Foco Sur de Venezuela	88
Mapa No. 1: Distribución geográfica de la oncocercosis y sus vectores en Uganda	94
Mapa No. 2: Áreas endémicas de Uganda	95
Gráfico No. 17. Fórmula Mf en piel en relación con larvas L3 en moscas	97
Cuadro No. 53. Generado por SIMONa: Larvas en cabeza L3 provenientes de Mf en piel	98
Cuadro No. 54. ATP* y frecuencia de edad - recientemente añadido	99
Gráfico No. 18. Biopsias Positivas en la comunidad de Corriente Grande, Ecuador	100
Gráfico No. 19. Número de infectados en la comunidad de Corriente Grande, Ecuador.....	100
Cuadro No. 55. Distribución por edad de personas infectadas en la comunidad Corriente Grande, Ecuador	101
Gráfico No. 20. Transmisión de L3 en Corriente Grande, resultados de 50 réplicas	101
Gráfico No. 21. Número de personas infectadas en Naicioná, Colombia.....	102
Gráfico No. 22. Larvas L3 transmitidas en Naicioná, Colombia.....	102

Gráfico No. 23.	Número de personas infectadas en la comunidad de Naicioná, Colombia	103
Gráfico No. 24.	Número de personas infectadas en la comunidad Las Golondrinas, México	104
Gráfico No. 25.	Biopsias positivas en la comunidad Las Golondrinas, México.....	104
Gráfico No. 26.	Transmisión de L3 en la comunidad de Las Golondrinas, México	105

Misión de OEPA

Eliminar la oncocercosis como amenaza a la salud pública de 4 millones de personas en América, mediante la implementación de programas seguros y localmente sostenibles para la distribución de ivermectina (Mectizan®), en todas las localidades endémicas, en el marco de una estrategia regional.

Resolución XIV, XXXV Reunión del Consejo Directivo, OPS, 1991

Estrategia de OEPA

Lograr la administración continua de tratamiento masivo con Mectizan®, dos veces al año a la población elegible, en todas las comunidades endémicas conocidas, durante el tiempo que sea necesario.

Para el logro de esa estrategia, OEPA debe:

- a) Establecer una iniciativa regional en América, aportando el respaldo necesario a los esfuerzos de los países miembros para eliminar la oncocercosis.
- b) Monitorear el impacto epidemiológico del tratamiento sostenido en la región, a través de evaluaciones epidemiológicas sistemáticas practicadas a una selección de comunidades centinelas para la eventual certificación de eliminación.
- c) Promover el modelo de distribución de Mectizan® para el control y eliminación de otras enfermedades.
- d) Promover alianzas para la implementación de estrategias de OEPA.
- e) Reforzar a través de asistencia técnica y financiera los esfuerzos nacionales para desarrollar programas de eliminación.

Instituciones involucradas con la Iniciativa Regional y los Programas Nacionales

OEPA:

El Centro Carter, La Fundación Internacional Club de Leones, La Fundación Bill y Melinda Gates, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Programa de Donación de Mectizan® (MDP), Merck, Sharp & Dohme (MSD), Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica (CDC), University of Alabama at Birmingham (UAB).

Brasil:

Secretaría de Vigilancia de la Salud (SVS), Fundación Nacional de Salud (FUNASA), Distrito Sanitario Yanomami (DSEIY), Diócesis de Roraima (DioRR), Misión Evangélica de la Amazonía (MEVA), Misión Nuevas Tribus de Brasil (MNTB), , Servicios Corporativos con el pueblo Yanomami (SECOYA),, Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-Río de Janeiro y Manaus) e Instituto de Investigación de la Amazonía (INPA).

Colombia:

Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud (INS), Dirección Departamental de Salud del Cauca, Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Valle, Centro Internacional de Entrenamiento e investigaciones médicas (CIDEIM).

Ecuador:

Ministerio de Salud Pública, Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM), Jefatura del Area de Salud de Borbón, Desarrollo Comunitario Vozandes-HCJB y Christoffel Blindenmission.

Guatemala:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Centro de Estudios en Salud/UVG/CDC/CAP).

México:

Secretaría de Salud de México, Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca.

Venezuela:

Ministerio del Poder Popular para la Salud, Instituto de Biomedicina (IB), Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales "Simón Bolívar" (CAICET).

Directores y Coordinadores de cada Programa Nacional**Brasil:**

Director: Dr. Joao Batista Furtado Vieira
Coordinadora: Sra. Claudete Schuertz

Colombia:

Director: Dr. Santiago Nicholls
Coordinador: Dr. Iván Mejía

Ecuador:

Director: Dr. Eduardo Gómez Landires
Coordinador: MSc. Juan Carlos Vieira

Guatemala:

Director: Dr. Julio Castro
Coordinador: Dr. Eduardo Catú

México:

Director: Dr. Jorge Méndez Galván
Coordinador: Dr. Miguel Lutzow

Venezuela:

Director: Dr. Jacinto Convit
Coordinadores: Dr. Harland Schuler y Dr. Carlos Botto

Comité Coordinador del Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (PCC)

Representantes del CDC:

Robert Klein, Presidente del PCC
Mark Eberhard

Representantes del Centro Carter:

Frank Richards
Craig Withers

Representante de OPS-OMS:

Steven Ault

Expertos independientes:

María Gloria Basañez
Eddie Cupp
Roberto Proaño

Representantes de los Programas Nacionales:

Joao Batista Furtado Vieira, período 2005-2006 (saliente)
Harland Schuler, período 2006-2007
Eduardo Catú, período 2007-2008 (entrante)

Foto de los participantes en la XVI IACO



XVI CONFERENCIA INTERAMERICANA SOBRE ONCOCERCOSIS
Antigua Guatemala, 7 al 9 de noviembre 2006

Antecedentes de la Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis

Año	Tema central	Lugar
1991	“Factibilidad de un Programa Regional para la Eliminación de la Oncocercosis”.	Ciudades de Guatemala y Tapachula, Chiapas, México.
1992	“Presentación de la planificación de cada Programa Nacional”	Quito, Ecuador
1993	“El Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas, OEPA”	Puerto Ayacucho, Amazonas, Venezuela
1994	“La necesidad de planes de acción binacionales”	OPS, Washington, D.C., Estados Unidos
1995	“Culturas tradicionales y el control de la Oncocercosis”	Brasilia, Brasil
1996	“Certificación de la eliminación de la oncocercosis en las Américas: hacia la calidad de los datos”	Oaxaca, México
1997	“Criterios preliminares para la Certificación de la Eliminación de la oncocercosis en las Américas”	Cali, Colombia
1998	“Estrategias para lograr coberturas altas y sostenibles en los programas de distribución de Mectizan® en las Américas.”	Caracas, Venezuela
1999	“Monitoreo del impacto de los Programas a través del uso de Comunidades Centinela”	Ciudad de Guatemala, Guatemala
2000	“Nuevos retos para la iniciativa Regional”	Guayaquil, Ecuador
2001	“¿Qué tan cerca estamos de la eliminación de la oncocercosis en América?”	México D.F., México
2002	“Nuevos enfoques para acelerar el proceso de eliminación de la oncocercosis”.	Manaus, Brasil.
2003	“Focalizando los esfuerzos para lograr la eliminación de la oncocercosis”	Cartagena de Indias, Colombia
2004	“Avanzando hacia el éxito”	Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América
2005	“OEPA contribuyendo a reducir la ceguera y a mejorar la salud visual en las Américas”	Caracas, Venezuela

Introducción

La Décima Sexta Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis (IACO 2006) se llevó a cabo durante los días 07-09 de noviembre, en la ciudad de Antigua, Guatemala. El tema central fue “La Eliminación de la Morbilidad Ocular para el año 2007: ¿Estamos preparados?”, teniendo en cuenta que 2007 se estableció como meta para la eliminación de la morbilidad por oncocercosis. Por tal razón, una de las sesiones de la Conferencia se dedicó a este tema.

Además, se desarrollaron 5 sesiones: dos de epidemiología, una de tratamiento, una de educación y participación comunitaria y por primera vez, se dedicó una sesión al tema de Supervisión del Tratamiento con Mectizan®.

Para fomentar el intercambio técnico con los programas africanos, se tuvo como invitados especiales a dos representantes Uganda: Dr. Ambrose Onapa y Dr. Dennis K. W. Lwamafa.

Teniendo que uno de los retos que tiene la Iniciativa Regional, es el desarrollo de una prueba para detección de antígeno, se invitó al Dr. Kim Janda, cuyo grupo (Scripps Research Institute, California) está trabajando en este propósito.

Con base en los resultados de las evaluaciones 2006, presentadas por los programas nacionales, se pudo concluir que la morbilidad ocular nueva debida a oncocercosis ha sido eliminada en 9 de los 13 focos endémicos, mientras que la transmisión ha sido interrumpida en el foco de Santa Rosa (Guatemala), está supuestamente suprimida en 5 focos, en dos focos coexisten diferentes estados de transmisión y continúa en 4 focos.

En la presente relatoría se consignan los aspectos relevantes de cada una de las Sesiones, de las conferencias de los invitados especiales, las conclusiones a las que la Conferencia llegó en cada una de las sesiones y las conclusiones generales.

Acontecimientos relevantes de 2006 anunciados en esta Conferencia:

Foco de Santa Rosa en Guatemala: Primer foco que suspende tratamiento con Mectizan® en las Américas

Por primera vez en la historia de la iniciativa para eliminar la Oncocercosis en América, se suspende el tratamiento masivo con Mectizan® en uno de los 13 focos endémicos del continente. Para llegar a esta decisión se llevaron a cabo tres tipos de evaluaciones: oftalmológicas, entomológicas y serológicas. Todos los resultados fueron negativos, lo cual indica que ya no hay transmisión de oncocercosis en Santa Rosa. En consecuencia, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), con base en la recomendación del Comité Coordinador de OEPA, decidió suspender el tratamiento masivo con Mectizan® a partir del 2007 en el Departamento de Santa Rosa y, establecer un Sistema de Vigilancia Epidemiológica para identificar la posible aparición de nuevos casos.

El foco Sur de Venezuela alcanzó por primera vez una cobertura mayor al 85%

A través de diversos y notables esfuerzos, el equipo del programa de Oncocercosis de este foco, con el apoyo de varios actores e instituciones, logró superar, por primera vez, la cobertura del 85%, en las dos rondas de tratamiento de 2006.

Este destacado logro, implica que ya no queda pendiente ninguno de los 13 focos por lograr la cobertura >85%.

¡¡Felicitaciones al equipo del foco sur de Venezuela por tan importante logro!!

Sesión I: Situación de la morbilidad ocular en los focos donde se realizaron evaluaciones oftalmológicas en 2006

Moderador: Dr. Roberto Proaño

Relatores: Dr. Miguel Lutzow, Dr. Iván Mejía y Dra. Laura Figueroa

Introducción a la Sesión I

Dr. Alfredo Domínguez

Avances en el cumplimiento de las metas de eliminación de nueva morbilidad ocular y de la transmisión de la enfermedad

Antecedentes

Para el análisis de la situación de la morbilidad ocular causada por oncocercosis, en 2003 se realizó una reunión del Grupo de Oftalmólogos de la Iniciativa Regional, el cual llegó a la siguiente conclusión: “No hay ciegos nuevos por *Oncocercosis* en las poblaciones evaluadas desde 1995”.

Luego, las conclusiones generales de IACO 2005 (Caracas, Venezuela), se sumaron a la conclusión a la que había llegado el Grupo de Oftalmólogos en 2003:

- Ninguno de los países tuvo casos nuevos de ceguera atribuible a oncocercosis.
- Se demostró una importante reducción de la prevalencia de MfCA, de tal manera que solo quedan casos con Mf vivas en 3 Focos: Amazonas, Brasil, Foco Sur de Venezuela y Foco Central de Guatemala.
- Si bien no se reportaron casos de morbilidad nueva, en la mayoría de los países, no hay un análisis por individuo que permita determinar si un caso de MfCA o de QP es o no “nuevo”.

Durante 2006, se obtuvieron alentadores resultados en la mayoría de las evaluaciones epidemiológicas realizadas, comprobando el progreso alcanzado por los programas que conforman la Iniciativa Regional en la implementación del tratamiento masivo con Mectizan® a toda la población elegible, 2 veces al año. De esta manera, se comprueba también el avance en el cumplimiento de las dos metas principales de esta iniciativa:

- Eliminar, para el año 2007, la nueva morbilidad causada por *Onchocerca volvulus*, es decir, eliminar la oncocercosis como problema de salud pública.
- Eliminar la transmisión del parásito en los países o focos donde sea factible¹.

¹ No se han especificado plazos, pero la eliminación significa que el parásito deje de existir en el área tratada.

Presentación de los Resultados de las Evaluaciones Oftalmológicas realizadas en 2006

Colombia

Se realizaron evaluaciones oftalmológicas en 1996, 1998, 2001 y 2006.

Microfilarias en Cámara Anterior (MfCA)

Los resultados obtenidos en 2006 confirman los hallazgos de las evaluaciones anteriores en las cuales no se encontró ninguna persona con MfCA.

Queratitis Punteada (QP)

Debido a la baja especificidad de este indicador, los expertos en oftalmología de OEPA hicieron un análisis que condujo a una definición precisa la cual permite diferenciar las queratitis punteadas de etiología oncocercótica de las debidas a otras causas.

Antes de afinar la definición del indicador queratitis punteada de tal forma que fuera específico para lesiones oncocercóticas, las prevalencias obtenidas en las evaluaciones fueron muy similares entre ellas:

1996: 15/46 - 32.60%;
1998: 47/147 - 31.97%;
2001: 27/105 - 25.71%;

Sin embargo, después de afinar la definición no se encontró ninguna queratitis punteada atribuible a oncocercosis y la prevalencia de QP No Oncocercosa (25.66%) fue idéntica a la encontrada en 2001 (25.71%).

En 2001, las 27 personas que habían resultado positivas para QP, fueron evaluadas por biopsia de piel y 22 de ellas por serología: todas resultaron negativas.

Con base en los resultados descritos, se puede afirmar que no hay oftalmopatías ni ciegos por oncocercosis en el foco colombiano.

Ecuador

Se realizaron evaluaciones oftalmológicas en dos comunidades extra-centinela clasificadas como hiperendémicas con base en las prevalencias por biopsia de piel encontradas en 1989 (*Agua Blanca* -96.3%- y *Callemansa* -95.1%-) con el fin de reforzar los hallazgos obtenidos en las comunidades centinelas, los cuales han demostrado la ausencia de morbilidad ocular en el área endémica.

Para 2006 estas dos comunidades habían recibido 27 rondas de tratamiento con Mectizan®.

Los resultados de las evaluaciones permiten afirmar que:

- No hay ciegos por oncocercosis en estas dos comunidades evaluadas.
- No hay microfilarias en cámara anterior ni queratitis punteada atribuible a oncocercosis.
- Los resultados negativos para los dos indicadores oftalmológicos encontrados en las dos comunidades extracentinelas evaluadas confirman los datos de negatividad en las comunidades centinelas en la misma área.
- En las comunidades evaluadas, se ha cumplido la meta de esta iniciativa regional, al haber eliminado la oncocercosis como problema de salud pública.

Guatemala

Se realizaron evaluaciones oftalmológicas en dos de los 4 focos. En el foco central se evaluaron:

- Una comunidad centinela: La Estrellita y
- Dos comunidades extra-centinela: Fincas Santa Isabel y Vesubio

En el foco Cuilco-Huehuetenango se evaluó:

- Una comunidad extra-centinela: Hoja Blanca

Los resultados se presentan en los siguientes cuadros:

Cuadro No. 1. Prevalencia de Microfilarias en Cámara Anterior del Ojo (MfCA) en una Comunidad Centinela y 2 extra-centinelas del Foco Central de Guatemala en 2006

Foco	Comunidad	Nombre de la comunidad	2003			2006		
			No. Pob. Evaluada	No. Pob. Positiva	Prevalencia	No. Pob. Evaluada	No. Pob. Positiva	Prevalencia
Central	Centinela	La Estrellita	123	12	9.8%	191	0	0%
Central	Extracent.	Vesubio			21.9% (1981)	31	2	6.5%
Central	Extracent.	Santa Isabel			31.6% (1981)	139	5	3.6%
Huehuetenango	Extracent.	Hoja Blanca				559	0	0%

Cuadro No. 2. Prevalencia de Queratitis Punteadas (QP) en una Comunidad Centinela y 2 extra-centinelas del Foco Central de Guatemala en 2006

Nombre de la comunidad	Comunidad	Año 2006		
		Personas Evaluadas	Personas positivas	Prevalencia
Vesubio	Extracentinela	31	1	3.2%
Santa Isabel	Extracentinela	139	2	1.4%
La Estrellita	Centinela	191	2	1.0%

Cuadro No. 3. Personas positivas a MfCA y su historia de tratamiento con Mectizan® en el Foco Central de Guatemala en 2006

Foco	Com.	Iniciales de la Persona	Edad	Sexo	Ronda	Historia de Tratamiento *										
						1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Central	Vesubio	AR	16	M	1a.	0	0	0	0	0	R	R	R	Jun	Abr	Mar
					2a.	0	0	0	0	0	R	R	R	Nov	Sep	Sep
		JR	44	M	1a.	0	0	0	0	0	R	FEB.	R	Jun	Abr	Mar
					2a.	0	0	0	0	0	R	R	R	Nov	Sep	Sep
Central	Santa Isabel	MAB	28	F	1a.	0	0	0	0	0	Jun	G	Mar	Jun	Abr	Mar
					2a.	0	0	0	0	G	Dic	Sep	Sep	Nov	Ag	Sep
		ACH	26	F	1a.	0	0	0	Jun	0	G	G	Mar	E	Abr	G
					2a.	0	0	Ag	Nov	Sep	G	Sep	G	E	Ag	Sep
		MCH	40	F	1a.	0	0	0	Jun	0	Jun	G.	Mar	Jun	Abr	G
					2a.	Oct	0	E	Nov	Oct	0	Sep	Sep	Nov	Ag	Sep
		DS	54	M	1a.	0	0	0	Jun	0	Jun	Abr	Mar	Jun	Abr	Mar
					2a.	Oct	0	Ag	Dic	Oct	Dic	Sep	Sep	Nov	Ag	Sep
		ALJDL	28	F	1a.	0	0	0	Jun	0	Jun	Abr	G	Jun	Abr	G
					2a.	R	0	G	E	Sep.	Dic	R	G	Nov	Ag	G

Los resultados de las evaluaciones permiten afirmar que:

- En el Foco Central de Guatemala, la prevalencia de MfCA en La Estrellita, pasó de 9.8% (2003) a 0% (2006). Si las demás comunidades centinelas de este foco siguieran la misma tendencia, se habría podido esperar que para el 2007, se hubiera logrado la eliminación de la Morbilidad Ocular en este foco.
- Sin embargo, las prevalencias encontradas en Vesubio (6.5%) y en Santa Isabel (3.6%), dos comunidades extra centinela de este foco evaluadas en 2006, indican que el cumplimiento de la meta de eliminación de la Morbilidad Ocular no será posible para el 2007 en el Foco Central de Guatemala.
- La historia de tratamiento con Mectizan de las personas que fueron positivas a MfCA es muy irregular. En Vesubio, las dos personas positivas tenían apenas 5 rondas de tratamiento; sin embargo, en Santa Isabel, las 5 personas positivas tenían un número mayor de rondas de tratamiento aunque en algunos casos, la periodicidad fue irregular. Esto último pone en duda la veracidad de los tratamientos registrados, es decir, si el Mectizan está siendo realmente ingerido.
- No se detectaron casos positivos de morbilidad ocular en las evaluaciones realizadas en el foco Cuilco-Huehuetenango

México

- Se realizaron evaluaciones oftalmológicas en cuatro comunidades extra-centinelas de Chiapas:
- En el Foco Sur, Las Golondrinas y Las Nubes II con el propósito de medir el impacto del esquema de 4 rondas de tratamiento, en el cual estas comunidades están incluidas.
 - En el Foco Norte, Altagracia y El Ámbar, para conocer la situación de la morbilidad ocular en un foco donde se sospecha que la transmisión ha sido interrumpida.
- En ninguna de las 4 comunidades evaluadas se encontraron personas positivas a MfCA o QP.
 - Las Golondrinas y Las Nubes II (Foco Sur), habían sido evaluadas en 2004 obteniendo prevalencias de 0.5% y 1.4% respectivamente.

Venezuela

Se realizaron evaluaciones oftalmológicas en seis comunidades extra-centinelas y en una centinela del Foco Nor-oriental. Los resultados se presentan en los siguientes cuadros:

Cuadro No. 4. Prevalencia de MfCA en 6 Comunidades Extra-centinelas y una centinela del Foco Nor-oriental de Venezuela en 2006

Nombre de la comunidad	Comunidad	Personas Evaluadas	Personas Positivas a MfCA	Prevalencia
Caituco	Centinela	35	0	0%
Manapire Abajo	Extra-centinela	147	1	1%
El Filudo	Extra-centinela	46	3	7%
El Piñal	Extra-centinela	6	1	17%
Guayabal (1)	Extra-centinela	77	5	6%
Jenjibral	Extra-centinela	11	0	0%
Apamatal	Extra-centinela	16	0	0%

(1) Guayabal- Los Teques y El Tigre

Cuadro No. 5. Prevalencia de QP en 6 Comunidades Extra-centinelas y una centinela del Foco Nor-oriental de Venezuela en 2006

Nombre de la comunidad	Comunidad	Personas Evaluadas	Personas Positivas a QP	Prevalencia
Caituco	Centinela	35	0	0%
Manapire Abajo	Extra-centinela	147	1	1%
El Filudo	Extra-centinela	46	0	0%
El Piñal	Extra-centinela	6	0	0%
Guayabal (1)	Extra-centinela	77	1	1%
Jenjibral	Extra-centinela	11	0	0%
Apamatal	Extra-centinela	16	0	0%

(1) Guayabal- Los Teques y El Tigre

Cuadro No. 6. Personas positivas a MfCA y su historia de tratamiento con Mectizan® en el Foco Nororiental de Venezuela en 2006

Comunidad	Iniciales de la Persona	Edad	Sexo	Ronda	Historia de Tratamiento								
					1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Manapire	M. M.	61	Fem.	1a.			ENF.						
				2a.				ENF.	ENF.	ENF.	ENF.	ENF.	ENF.
El Filudo	G. J. G. R.	46	Masc.	1a.	AUS.	AUS.	AUS.	AUS.		AUS.	M®	AUS.	AUS.
				2a.							AUS.	AUS.	AUS.
	T. Z.	63	Fem.	1a.	ENF.	ENF.	ENF.	ENF.		ENF.	ENF.	ENF.	ENF.
				2a.							ENF.	ENF.	ENF.
L. M. G. Z.	31	Fem.	1a.	M®	AUS.	AUS.	AUS.		AUS.	N.C.	N.C.	N.C.	
			2a.							N.C.	N.C.	N.C.	
El Piñal	J. R.	79	Masc.	1a.		N.C.	N.C.				ENF.	ENF.	ENF.
				2a.							ENF.	ENF.	ENF.
Guayabal	L. E. Z.	65	Fem.	1a.	AUS.	M®	AUS.	AUS.		AUS.	ENF.	ENF.	ENF.
				2a.							ENF.	ENF.	ENF.
	J. R.	86	Fem.	1a.	AUS.	ENF.	ENF.	ENF.		ENF.	ENF.	ENF.	ENF.
				2a.							ENF.	ENF.	ENF.
	L. M. R. Z.	33	Fem.	1a.	AUS.	AUS.	AUS.	AUS.		AUS.	M®	ENF.	ENF.
				2a.							ENF.	ENF.	ENF.
	A. R. R.	53	Masc.	1a.	M®	AUS.	AUS.	AUS.		AUS.	M®	ENF.	ENF.
				2a.							ENF.	ENF.	ENF.
J. E. G. G.	19	Masc.	1a.	ENF.	N.C.	N.C.	N.C.		N.C.	N.C.	ENF.	ENF.	
			2a.							N.C.	ENF.	ENF.	

Los resultados obtenidos en las comunidades extra-centinelas, contrastan con los obtenidos en las comunidades centinelas en 2005, a través de las cuales se había demostrado la ausencia de morbilidad ocular. Sin embargo, se relacionan bien con la historia de tratamiento reportada para cada una de estas personas, la cual demuestra que ninguno de ellos tenía una historia regular de tratamiento y peor aún, de los 10 casos, en un periodo de 9 años (1997-2005), solo uno había recibido 2 rondas de tratamiento y 4 habían recibido 1 ronda de tratamiento. Los restantes 5 casos no tenían ninguna ronda de tratamiento registrada.

Además, la causa para no recibir tratamiento en la mayoría de las personas positivas fue estar “enfermas”, una razón que se ha encontrado con frecuencia en Venezuela, pero se refiere a enfermedades que realmente no son causa de exclusión para el tratamiento. Teniendo en cuenta que los enfermos no hacen parte de la población elegible, las coberturas no se ven afectadas y pueden ser aparentemente altas.

Resumen de la situación actual del indicador Microfilarias en la Cámara Anterior del Ojo (MfCA)

Dr. Alfredo Domínguez

Conclusiones de la situación de Morbilidad Ocular en la Región, 2006

1. Se observa una reducción importante en las prevalencias de MfCA en todos los focos endémicos, según las evaluaciones realizadas en comunidades centinelas y extra-centinelas.
2. La evaluación oftalmológica realizada este año en Colombia, ratificó la prevalencia de MfCA igual a 0% que ya se había encontrado en las 2 evaluaciones anteriores (1998 y 2001). La prevalencia de QP que había sido de 25.7% en el 2001 -utilizando el estadio E (copo de nieve)- fue de 0% en 2006, con el nuevo criterio (estadios A y B), establecido a partir del 2005.
3. No se detectaron casos positivos para MfCA en las evaluaciones realizadas en los focos Norte de México, y Cuilco Huehuetenango en Guatemala.
4. Los focos que actualmente tienen las prevalencias más altas de MfCA son:
 - Sur (Venezuela): 8.7% (2001)
 - Central (Guatemala): 2.9% (2003)
 - Amazonas-RR (Brasil): 2.7% (2003)
 - Sur (México): 0.2% (2004)
5. En el Foco Central de Guatemala, la prevalencia de MfCA en La Estrellita, pasó de 9.8% (2003) a 0% (2006). Si las demás comunidades centinelas de este foco siguieran la misma tendencia, se habría podido esperar que para el 2007, se hubiera logrado la eliminación de la Morbilidad Ocular en este foco.

Sin embargo, las prevalencias encontradas en Vesubio (6.5%) y en Santa Isabel (3.6%), dos comunidades extra centinela de este foco evaluadas en 2006, indican que el cumplimiento de la meta de eliminación de la Morbilidad Ocular no será posible para el 2007 en el Foco Central de Guatemala.

6. En México, en el Foco Sur, con base en los resultados obtenidos en las EEP en 2 comunidades extra-centinelas (2006), se podría esperar que para 2007, se hubiera logrado la eliminación de la Morbilidad Ocular.
7. De 6 comunidades extra centinela evaluadas en el foco norte de Venezuela (2006), en 4 se encontraron prevalencias de MfCA que oscilan entre 0.7 y 16.7%.

Evaluaciones Oftalmológicas para el 2007

En IACO 2005 se sugirió que Ecuador y México adelantaran, para el 2007, la EEP programada para el 2008, debido a que es el año establecido como meta para eliminación de Morbilidad Ocular por oncocercosis, por lo tanto se recomienda:

- Para México, en el caso de las comunidades centinela, realizar solo evaluaciones oftalmológicas en 2007 y los otros componentes en el 2008.
- Para Ecuador, realizar la EEP en 2008 teniendo en cuenta que los indicadores de Morbilidad Ocular fueron negativos en las evaluaciones de 2000 y 2004.
- De acuerdo con los lineamientos sobre comunidades centinelas, las EEP se deben realizar cada cuatro años. Por lo tanto, Brasil y Guatemala deberán llevar a cabo EEP en 2007.

Cuadro No. 7. Evolución y Situación Actual del indicador de Morbilidad Ocular “Microfilaria en Cámara Anterior”, en Comunidades Centinela y Extra-Centinelas, por Foco

País	Foco	Evaluación basal		Penúltima Evaluación		Última Evaluación		Situación actual
		Año	Prevalencia	Año	Prevalencia	Año	Prevalencia	
México	Oaxaca	1995	0.0%	2000	0.2%	2004	0%	Supuestamente eliminada
	Chiapas Norte	1995	0.6%			2006*	0%	Supuestamente eliminada
Guatemala	Huehuetenango	1981	7.2%			2006*	0%	Supuestamente eliminada
	Escuintla	1979	6.2%			2006*	0%	Supuestamente eliminada
	Santa Rosa		N.D.			2005*	0%	Eliminada
Venezuela	Norcentral	1999	31.0%	2001	0.0%	2005	0%	Supuestamente eliminada
Colombia	Lopez de Micay	1996	2.2%	1998	0.0%	2006	0%	Supuestamente eliminada
Ecuador	Esmeraldas	1991	24.7%	2000	0.0%	2004	0%	Supuestamente eliminada
México	Chiapas Sur	1995	1.5%	2000	0.7%	2004 y 2006*	0.2% y 0%	Supuestamente eliminada
Brasil	Amazonas	1995	31.2%		0.1%	2003	2.7%	Continúa
Guatemala	Central	1981	20.7%			2003	2.9%	Continúa
Venezuela	Sur	1998	10.5%	2001	8.7%			Continúa
	Nororiental	1999	21.7%	2001	4.2%	2005 y 2006*	0% y 3.3%*	Continúa

Conclusiones de la Sesión I

Colombia

- Los resultados de la evaluación oftalmológica realizada en Colombia en 2006, ratificaron la ausencia de MfCA y demostraron que la Queratitis Punteada no es de origen oncocercoso.
- Por lo anterior, Colombia cumple con la meta de eliminación de la morbilidad ocular para el año 2007.

Ecuador

- Los resultados de la evaluación oftalmológica realizada en comunidades hiperendémicas no centinelas corroboraron la ausencia de morbilidad ocular en el área del río Cayapas, la cual había sido ya determinada en las evaluaciones de las comunidades centinelas en 2000 y 2004.
- Por lo tanto, Ecuador cumple la meta de eliminación de la morbilidad ocular para el año 2007.

Guatemala

- En los focos hipoendémicos no centinelas de Cuilco, Huehuetenango y Escuintla-Guatemala, no se detectaron casos de morbilidad ocular.
- En el Foco Central de Guatemala, los resultados de las evaluaciones realizadas en 2006 en dos comunidades extracentinelas, indican que el cumplimiento de la meta de eliminación de la Morbilidad Ocular no será posible para el 2007 en el Foco Central de Guatemala.

México

- En las evaluaciones realizadas en 2006 en Alta Gracia y El Ámbar, localidades hipoendémicas no centinelas del Foco Norte de Chiapas, se constató la ausencia de casos de morbilidad ocular.
- Por lo tanto, el Foco Norte de Chiapas cumple con la meta de eliminación de morbilidad ocular para 2007.
- Los resultados de la evaluación oftalmológica realizada en 2006, en dos localidades extra-centinela (Las Golondrinas y Las Nubes II) del Foco Sur de Chiapas, confirmaron la ausencia de morbilidad ocular, demostrando el impacto del tratamiento con 4 rondas de Mectizan, pues en 2004 la prevalencia de MfCA en estas comunidades era de 0.5% y 1.4% respectivamente.
- Para 2007, se han programado evaluaciones en comunidades centinelas del Foco Sur de Chiapas con las cuales se espera confirmar que este foco ha alcanzado la meta de eliminación de la morbilidad ocular.

Venezuela

- Los resultados obtenidos en las evaluaciones de 6 comunidades extra-centinelas del foco Nor-oriental (prevalencias de MfCA entre 0.7% y 16.7% y de QP entre 0.7% y 1.3%) demuestran que la eliminación de la morbilidad ocular en ese foco requerirá más tiempo.

Conclusión General de la Sesión I

De acuerdo con los resultados de evaluaciones oftalmológicas presentadas por los programas nacionales en esta conferencia, se puede concluir que 8 de los 13 focos endémicos de oncocercosis en América cumplieron con la meta de eliminar la morbilidad ocular para 2007.

Sesión II: Evaluaciones de impacto del tratamiento con Mectizan® (Evaluaciones Epidemiológicas en Profundidad -EEP-)

Moderador: Dr. Carlos Botto

Relatores: Dra. Graciela Peña, Dra. Maria Gloria Basañez, Dr. Herberth Ralda y Dr. Jogli Juracán

Introducción a la Sesión II

Dr. Alfredo Domínguez

Cada Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis desde 2001 ha girado en torno a los resultados de las evaluaciones epidemiológicas (que deben realizarse cada 4 años), para medir el avance alcanzado por cada programa en su camino hacia la meta de eliminación.

IACO 2005 recomendó realizar evaluaciones epidemiológicas en:

- Foco Norte de Venezuela (primera evaluación entomológica).
- Foco Sur de Venezuela (EEP)
- Foco Sur de Chiapas, México (EEP en dos comunidades extra-centinelas que siguen el esquema de tratamiento 4 tx/año).
- Foco Alto Cayapas, Ecuador (EEP en comunidades extra-centinelas).

Conclusiones principales sobre evaluaciones de impacto en las Conferencias Interamericanas sobre Oncocercosis

En 2001: En general hay una tendencia a la reducción de la transmisión y se confirmó que en el Río Santiago, Ecuador había sido suprimida.

En 2003: 1) Se enfatizó la importancia de correlacionar los hallazgos oftalmológicos, parasitológicos y entomológicos de EEP; 2) Se instó a los países para que se ajustaran a los lineamientos de la Guía “*Criterios para la Certificación de la interrupción de la transmisión / eliminación de la Oncocercosis humana*” y 3) Se enfatizó en la necesidad de estandarizar y unificar los criterios y procedimientos para las evaluaciones entomológicas, siguiendo la guía en mención.

En 2004: 1) Existe la necesidad de contar con una prueba serológica para la detección antígeno (gusanos adultos) que permita conocer cuándo se puede detener el tratamiento; 2) Registrar como Queratitis Punteada solo los estadios donde las microfilarias se observan completas (A y B) y 3) Se reitera la recomendación a todos los países para que sigan los lineamientos para las EEP establecidos en la iniciativa regional, con el fin de estandarizar las mismas.

En 2005: 1) Realizar en 2006, una reunión de entomólogos involucrados en la Iniciativa Regional para evaluar el estado actual de este componente en cada país y estandarizar conceptos, indicadores y procedimientos del mismo, 2) revisión (por el grupo de entomólogos) del criterio que establece que, para demostrar ausencia o casi ausencia de transmisión, se requiere encontrar menos de 1 mosca infectiva entre 10 mil moscas examinadas, 3) Se sugiere que en todos los casos de nódulos sospechosos, se confirme la naturaleza oncocercosa de los mismos a través de estudio histológico o de PCR.

El cuadro siguiente muestra la situación de la transmisión en los 13 focos endémicos de la Región señalando el número de rondas de tratamiento >85% registradas hasta la primera ronda de 2006.

Cuadro No. 8. Situación Actual de la transmisión de la oncocercosis en las Comunidades Centinelas , por Foco en 2006

País	Foco	Rondas con coberturas >85% 2001-2006*	Estado de Transmisión
México	Oaxaca	10	Supuestamente suprimida
	Chiapas Norte	9	Supuestamente suprimida
Guatemala	Huehuetenango	11	Supuestamente suprimida
	Escuintla	10	Supuestamente suprimida
	Santa Rosa	10	Suprimida
Venezuela	Norcentral	11	Supuestamente suprimida
Colombia	Lopez de Micay	11	Diferentes estados de transmisión
Ecuador	Esmeraldas	11	Diferentes estados de transmisión
México	Chiapas Sur	11	Continúa
Brasil	Amazonas	10	Continúa
Guatemala	Central	8	Continúa
Venezuela	Sur	7	Continúa
	Nororiental	1	Continúa

* 1ª Ronda de Tratamiento 2006 (enero-junio)

Ajuste de la Tasa de Infektividad de 1/10,000 a 1/2,000 moscas.

En septiembre de 2006, en la ciudad de Guatemala, se llevó a cabo una reunión de entomólogos de la Iniciativa Regional² cuyo objetivo principal fue revisar los criterios entomológicos que aparecen en la guía “Criterios para la Certificación de la interrupción de la transmisión / eliminación de la Oncocercosis humana” de OMS (2001), los cuales establecían requerimientos difíciles (si no imposibles) de cumplir por los programas, y no se adaptaban a la realidad de la región. Uno de los resultados de esta revisión fue la implementación del nuevo indicador de 1 mosca infectiva en 2,000 colectadas para demostrar la ausencia de transmisión.

² Para más información sobre esta reunión, referirse al “Reporte de la Reunión de Entomólogos celebrada en Guatemala, los días 26 y 27 de septiembre de 2006: Umbral del Potencial de Transmisión” del Dr. Eddie Cupp, en la página 93 de este documento.

En el cuadro a continuación, se presentan las Tasas de Infectividad ajustadas según el nuevo indicador de 2,000.

Cuadro No. 9. Tasa de Infectividad (TI) por Foco, comparando el indicador 1/10,000 vs 1/2,000

Tasa de Infectividad (TI) por Foco, comparando el indicador 1/10,000 vs 1/2,000								
#	País	Foco	Vector	Año	1/10,000		1/2,000	
					Tasa	IC	Tasa	IC
1	México	Oaxaca	S. ochraceum	2004	0.67	(0.0 - 1.76)	0.134	(0.00 - 0.352)
2		Chiapas Norte	S. ochraceum	2004	0	(0 - 4.35)	0	(0 - 0.87)
3		Chiapas Sur	S. ochraceum	2004	2	(0.98 - 4.0)	0.4	(0.196 - 0.8)
4	Guatemala	Huehuetenango (Cuilco)	S. ochraceum					
5		Foco Central	S. ochraceum	2002	5.1	(3.8 - 8.2)	1.02	(0.76 - 1.64)
6		Escuintla	S. ochraceum	2006	0	(0 - 1.01)	0	(0 - 0.202)
7		Santa Rosa	S. ochraceum	2005	0	(0 - 8.6)	0	(0 - 1.72)
8	Venezuela	Nor Central	S. metallicum					Planificada 2006 -
9		Nor Oriental	S. metallicum					Planificada 2006
10		Sur	S. guianense and S. oyapockense	2006	7.01	(2.70 - 12.86)	1.422	(0.54 - 2.572)
11	Brasil	Amazonas/Roraima	S. guianense, S. oyapockense and S. incrustatum					
12	Colombia	López de Micay	S. exiguum	2004	0.95	(0.029 - 4.9)	0.19	(0.006 - 0.98)
13	Ecuador	Esmeraldas / Pichincha	S. exiguum, S. quadrivittatum	2004	0.52	(0.32 - 1.32)	0.104	(0.064 - 0.264)

Presentación de los programas nacionales que realizaron evaluaciones epidemiológicas en 2006 u obtuvieron resultados de evaluaciones anteriores

Colombia

Encuesta Serológica:

Esta evaluación involucró un total de 245 personas de la comunidad de Naicioná, y se obtuvieron los resultados siguientes:

Cuadro No. 10. Resultados de la Encuesta Serológica realizada en 2006 por grupo de edad y sexo

Grupo de Edad	F n/N (%)	M n/N (%)	Total n/N (%)
0 a 4	0/16 (0%)	0/24 (0%)	0/40 (0%)
5 a 9	0/23 (0%)*	0/16 (0%)	0/39 (0%)
10 a 14	0/15 (0%)	0/23 (0%)	0/38 (0%)
15 a 24	0/19 (0%)	2/20 (10%)	2/39 (5.1%)
25 a 44	5/27 (18.5%)	5/21 (23.8%)	10/48 (20.8%)
45 a 64	2/16 (12.5%)	3/13 (23.1%)	5/29 (17.2%)
65 y >	1/6 (16.7%)	0/6 (0%)	1/12 (8.3%)
Total	8/122 (6.6%)	10/123 (8.1%)	18/245 (7.3%)

Evaluación Entomológica:

La captura de moscas se llevó a cabo en 2004, pero se procesaron en 2006 por medio de la técnica de PCR. El total de moscas recolectadas fue de 13,115 (agrupadas luego en 233 pools de 50 moscas cada uno) durante días seleccionados de julio a noviembre.

Cuadro No. 11. Resultados obtenidos por PCR de las moscas capturadas en 2004

	Cuerpo	Cabeza
Pools examinados	67	210
Pools positivos	6	1

Tasa de infectividad: 0.95×10.000 (0.0095%)
 Estimado del Máximo de Probabilidad: 0.95; 0.029-4.9
 Intervalo Posterior de Bayes: 1.4; 0.0015-3.7

Cuadro No. 12. Evolución 1996- 2004 de los indicadores entomológicos de Naicioná (Foco de López de Micay)

Año	Tasa de Infección Parasitaria	Tasa de Infectividad
1996 (Disección)	12/281 (4.27%)	3/281 (1.07%)
1998 (Disección)	3/286 (1.05%)	0/286 (0%)
2001 (Disección)	7/3371 (0.21%)	1/3371 (0.03%)
2004 (PCR)		0.0095 x 10.000 (0.029-4.9)

Ecuador

Evaluaciones Epidemiológicas en Profundidad (EEP) en 2 comunidades extra-centinelas del Río Cayapas (Foco Principal) realizadas en 2006

Se realizaron EEP en 2 comunidades extra-centinelas seleccionadas para:

- Documentar el impacto de las estrategias de eliminación en el área extra - centinela, teniendo en cuenta que no hay estudios de evaluación post tratamiento en parasitología, oftalmología y entomología.
- Evidenciar y/o confirmar el haber alcanzado la eliminación de la morbilidad ocular y la interrupción de la transmisión.

En Agua Blanca se hizo biopsia al 94% (183) de los habitantes y la prevalencia fue de 0%, lo cual significa una notable disminución si se tiene en cuenta que la prevalencia en 1989 había sido de 96.3%.

En Callemansa se hizo biopsia al 85.1% (137) de los residentes y se obtuvo una prevalencia de 0.7% lo cual significa también una marcada disminución si se compara con la obtenida en 1989 (95.1%).

Cuadro No. 13. Situación de los indicadores entomológicos de las comunidades centinelas en 2004

Comunidad Centinela	Número de pools	Número de pools positivos de cabeza	Tasa de Picadura / Periodo de Captura+	Prevalencia de L3 / 10,000 moscas	Potencial de Transmisión / Periodo de Captura+
Río Cayapas**					
Corriente Grande	254	0	61,007*	0 0.0 - 1.51	0 0.0 - 9.21
El Tigre	202	6	31,336*	6.2 2.05 - 11.5	19.4 6.6 - 36.0
San Miguel	250	1	28,413*	1.2 0.001 - 3.1	3.4 0.003 - 8.8
Río Santiago***					
Playa de Oro	190	0	22,441*	0 0.0 - 2.02	0 0.0 - 4.5
Angostura	228	0	28,398*	0 0.0 - 1.9	0 0.0 - 5.4
Guayabal	200	0	18,078*	0 0.0 - 1.7	0 0.0 - 3.07
Río Canandé****					
Naranjal	528	0	99,122*	0 0.0 - 0.72	0 0.0 - 6.9

+ Dos meses y 16 días de captura con especies combinadas 2004

* Sin datos de Intervalos de Confianza

** 78.33% *S. exiguum* & 21.65% *S. quadrivittatum* (ningún pool positivo)

*** 88.43% *S. quadrivittatum* & 11.54% *S. exiguum*

**** 97.89% *S. exiguum*

Guatemala

En 2006, se llevaron a cabo evaluaciones epidemiológicas en profundidad en una comunidad centinela (La Estrellita) y en 2 extra-centinelas (Fincas Vesubio y Santa Isabel) del Foco Central y en una extra-centinela del Foco Cuilco-Huehuetenango. Esta es la cuarta evaluación para la comunidad “La Estrellita”, y la primera para el resto de las comunidades.

Parasitología

Cuadro No. 14. Prevalencias por biopsia de piel en una comunidad centinela de Guatemala, 1994 y 1998

Comunidad	Evaluación basal 1994					1ª Evaluación 1998				
	Población	Población biopsiada	Pob. Biopsiada Positiva	Prev Mf	CMFL	Población	Población biopsiada	Pob. Biopsiada Positiva	Prev Mf	CMFL
La Estrellita	194	41	23	56.1%	3.0	-	192	69	35.9%	-

Cuadro No. 15. Prevalencias por biopsia de piel en las comunidades centinelas y extra-centinelas de Guatemala. 2003 y 2006

Comunidad	2ª Evaluación 2003					3ª Evaluación 2006				
	Población	Población biopsiada	Pob. Biopsiada Positiva	Prev Mf	CMfL	Población	Población biopsiada	Pob. Biopsiada Positiva	Prev Mf	CMfL
La Estrellita	292	183	68	37.2%	0.7	295	237	10	4.2%	0.04
Hoja Blanca						954	732	-	0.0%	0.0
Vesubio						47	34	5	14.7%	0.26
Santa Isabel						250	173	27	15.6%	0.26

Cuadro No. 16. Prevalencias por biopsia de piel en menores de 5 años en comunidades centinelas y extra-centinelas 2006

Comunidad	Evaluación 2006			
	Población < 5 años	Población < 5 años biopsiada	Población < 5 años biopsiada positiva	Prev Mf
La Estrellita	46	25	0	0%
Hoja Blanca	88	49	0	0%
Vesubio	13	1	0	0%
Santa Isabel	48	18	0	0%

Mf: Microfilarias

Cuadro No. 17. Prevalencias de nódulos en comunidades centinelas y extra-centinelas, 2003-2006

Comunidad	Evaluación 2003				Evaluación 2006			
	Población en riesgo	Población examinada	Población con nódulos	Prevalencia	Población en riesgo	Población examinada	Población con nódulos	Prevalencia
La Estrellita	292	183	93	50.8%	295	237	43	18.1%
Hoja Blanca					954	732	0	0.0%
Vesubio					47	34	13	38.2%
Santa Isabel					250	173	60	34.7%

Cuadro No. 18. Prevalencias de nódulos en niños menores de 5 años en comunidades centinelas y extra-centinelas, 2003-2006

Comunidad	Evaluación 2003				Evaluación 2006			
	Población < 5 años	Población examinada	Población con nódulos	Prevalencia	Población < 5 años			
La Estrellita	44	25	13	52.0%	46	25	1	4.0%
Hoja Blanca					88	49	0	0.0%
Vesubio					13	1	1	100%
Santa Isabel					48	18	2	11.1%

Cuadro No. 19. Indicadores entomológicos en las comunidades centinela de Guatemala

Comunidad	Evaluación de impacto 2002								
	No. de pools	No. de Pools de cabezas positivos	Tasa de Picadura	Tasa de Infectividad (1/2000)	Intervalo de confianza inferior (TI)	Intervalo de confianza superior (TI)	Potencial de Transmisión/Período	Intervalo de Confianza Inferior/Período	Intervalo de confianza superior/Período
El Brote	136	1	15765	0.44	0.00	1.16	3.5	0.0	9.11
Monte Carlo	211	11	39792	2.13	1.05	3.53	42.3	20.8	70.23
Costa Rica	165	3	32416	0.85	0.12	1.74	13.8	1.9	28.27
Buena Vista	114	4	15765	1.60	0.34	3.10	12.6	2.7	24.45
La Estrellita	46	5	4333	5.02	1.35	9.26	10.9	2.9	20.07
Los Andes	163	0	26999	0.00	0.00	0.46	0.0	0.0	6.21

Cuadro No. 20. Coberturas de tratamiento en comunidades centinelas y extra-centinelas durante 5 rondas (1ª ronda de 2004 - 1ª de 2006), Guatemala

Comunidad	Tratamiento 1/2004			Tratamiento 2/2004			Tratamiento 3/2005			Tratamiento 4/2005			Tratamiento 5/2006		
	Fecha de Tratamiento	Poblacion Elegible	% Cobertura	Fecha de Tratamiento	Poblacion Elegible	% Cobertura	Fecha de Tratamiento	Poblacion Elegible	% Cobertura	Fecha de Tratamiento	Poblacion Elegible	% Cobertura	Fecha de Tratamiento	Poblacion Elegible	% Cobertura
La estrellita	Ene	241	92.9	Sep	241	88	Mar	229	102	Sep	265	89.1	Abr	255	94.1
Hoja Blanca	Mar	773	98.4	Sep	853	90	Abr	853	89.9	Sep	853	97.3	Abr	870	98.9
Vesubio	May	51	62.7	Nov	51	94.1	Mar	49	85.7	Sep	49	93.9	Mar	41	95.1
Santa Isabel	May	207	60.9	Nov	207	98.1	Abr	205	99.5	Sep	205	94.1	Mar	209	100

México:

Se llevaron a cabo evaluaciones epidemiológicas en profundidad en 4 localidades extra centinela de Chiapas: Dos del Foco Sur (*Las Golondrinas* y *Las Nubes II*), y dos del Foco Norte (*El Ámbar* y *Altagracia*).

Encuesta Serológica

Se tomaron muestras a 441 menores de 10 años, las cuales están en proceso.

Parasitología

Cuadro No. 21. Prevalencias por biopsias de piel en comunidades extra-centinelas evaluadas en los Focos de Chiapas (Evaluación basal vs. última evaluación)

Comunidad	Eval. Basal						Última Evaluación					
	Año	Población	Población biopsiada	Población biopsiada positiva	Prevalencia MF	CMFL	Año y número de eval.	Población	Población biopsiada	Población biopsiada positiva	Prevalencia MF	CMFL
Las Golondrinas	1991	325			78%	11.9	2006/3ª	313	317	1	0.3	0.001
Alta Gracia	1996	420	68	0	0%	0	2006/1ª	578	317	0	0%	0
Las Nubes II	2004	137	111	2	1.8%	0.02	2006/1ª	118	105	0	0%	0
El Ámbar	2006	813	669	0	0%	0						

Evolución de la Evaluación entomológica en comunidades del Foco Sur de Chiapas:

En las comunidades extracentinelas *Las Golondrinas* y *Las Nubes II*, se llevaron a cabo evaluaciones de impacto, cuya evolución puede apreciarse en el cuadro a continuación:

Cuadro No. 22. Evolución de los indicadores entomológicos en las comunidades extracentinela del Foco Sur de Chiapas, México

Comunidad	Evaluación de impacto en 2001								
	No. de pooles	No. de Pooles de cabezas positivos	Tasa de Picadura	Tasa de Infectividad (1/2000)	Intervalo de confianza inferior (TI)	Intervalo de confianza superior (TI)	Potencial de Transmisión/Periodo	Intervalo de Confianza Inferior/Periodo	Intervalo de confianza superior/Periodo
Las Golondrinas	295	3	20,831	0.4	0.08	1.18	4.2	0.83	12.29
Las Nubes	Información no disponible								
Comunidad	Evaluación de impacto en 2004								
	No. de pooles	No. de Pooles de cabezas positivos	Tasa de Picadura	Tasa de Infectividad (1/2000)	Intervalo de confianza inferior (TI)	Intervalo de confianza superior (TI)	Potencial de Transmisión/Periodo	Intervalo de Confianza Inferior/Periodo	Intervalo de confianza superior/Periodo
Las Golondrinas	192	1	93,816	0.312	0.0	0.814	14.6	0.188	38.18
Las Nubes	125	2	26,430	0.804	0.048	1.8	10.6	0.634	23.79
Comunidad	Evaluación de impacto en 2006								
	No. de pooles	No. de Pooles de cabezas positivos	Tasa de Picadura	Tasa de Infectividad (1/2000)	Intervalo de confianza inferior (TI)	Intervalo de confianza superior (TI)	Potencial de Transmisión/Periodo	Intervalo de Confianza Inferior/Periodo	Intervalo de confianza superior/Periodo
Las Golondrinas	221	0	57,857	0	0	0.3	0.0	0	10.07
Las Nubes	91	0	22,667	0	0	0.84	0.0	0	9.52

Cuadro No. 23. Situación actual de los indicadores entomológicos en las comunidades centinelas y extra-centinela de los focos de Oaxaca y Chiapas, 2004

Comunidad	Evaluación de Impacto 2004								
	No. de Pooles	No. de Pooles positivos de cabeza	Tasa de Picadura	TI (1/2000)	Intervalo de Confianza (Tasa de Infectividad) inferior	Intervalo de Confianza (Tasa de Infectividad) superior	Potencia de Transmisión/Período	Intervalo de Confianza Inferior/Período	Intervalo de Confianza Superior/Período
La Esperanza	170	1	37,324	0.354	0.0002	0.9	6.6	0.004	17.2
Santa Ma. Lachichina	59	0	13,824	0	0	1.3	0.0	0	9.0
Santiago Teotlaxco	49	0	24,952	0	0	1.6	0.0	0	19.4
Santiago Lalopa	165	0	51,114	0	0	0.5	0.0	0	11.9
Alta Gracia	71	0	2,227	0	0.00	1.1	0.0	0	1.2
El Ambar	17	0	394	0	0	4.4	0.0	0	0.9
1ero. Mayo	142	0	39,828	0	0	0.5	0.0	0	10.8
Ampl. Las Malvinas	55	0	3,840	0	0	1.4	0.0	0	2.7
Estrella Roja	64	0	7,955	0	0	1.2	0.0	0	4.8
Jose Ma. Morelos	186	8	51,035	1.776	0.73	3.1	45.3	18.63	79.6
Nueva Costa Rica	109	0	12,469	0	0	0.7	0.0	0	4.4
Nva. Ref. Agraria	143	0	23,677	0	0	0.5	0.0	0	6.3

Foco Norte de Venezuela

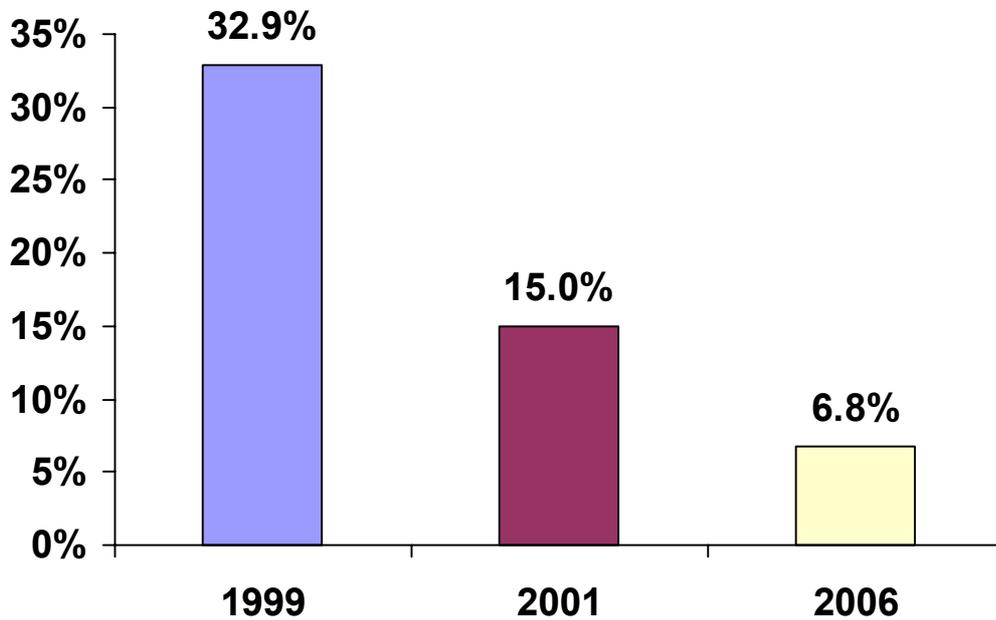
En 2006 se llevó a cabo la 1ª EEP en comunidades extra-centinelas del Foco Nororiental: *Manapire Abajo, El Filudo, El Piñal, Guayabal (Los Teques y El Tigre), Jenjibral, y Apamatal*, y la 3ª EEP en la comunidad centinela *Caituco*.

Evaluación Parasitológica:

Cuadro No. 24. Evolución de las prevalencias de microfilarias en biopsias de piel en la comunidad centinela Caituco, del Foco Nor-oriental, 1999- 2006

Evaluación Basal					Primera Evaluación					Segunda Evaluación				
1999					2001					2006				
Población	Población biopsiada	Población biopsiada positiva	Prevalencia MF	CMfL	Población	Población biopsiada	Población biopsiada positiva	Prevalencia MF	CMfL	Población	Población biopsiada	Población biopsiada positiva	Prevalencia MF	CMfL
137	82	27	32.9%	0.55	134	102	15	15%	0.12	100	44	3	6.8%	0.05

Gráfico No. 1. Evolución de las prevalencias de microfilarias en biopsias de piel en la comunidad centinela Caituco, del Foco Nor-oriental, 1999- 2006



Cuadro No. 25. Prevalencia de microfilarias en piel en las comunidades extra-centinelas del Foco Nor-oriental, 2006

Comunidad	1ª Evaluación - 2006				
	Población	Población biopsiada	Población biopsiada positiva	Prevalencia MF	CMfL
Manapire Abajo	257	196	10	5.1%	0.04
El Filudo	89	67	10	14.9%	0.28
El Piñal	21	6	2	33.3%	0.21
Guayabal*	257	102	17	16.7%	0.19
Jenjibral	32	19	1	5.3%	0.07
Apamatal	28	25	2	8.0%	0.03

* Los Teques y El Tigre

Cuadro No. 26. Evolución de las Prevalencias de Nódulos en la comunidad centinela *Caituco* del Foco Nor-oriental , 1999-2006

Evaluación Basal				Primera Evaluación				Segunda Evaluación			
1999				2001				2006			
Población	Población biopsiada	Población biopsiada positiva	Prevalencia	Población	Población biopsiada	Población biopsiada positiva	Prevalencia	Población	Población biopsiada	Población biopsiada positiva	Prevalencia
137	82	1	1.2%	134	102	18	17.6%	100	44	0	0.0%

Cuadro No. 27. Prevalencia de Nódulos en las comunidades extracentinelas del Foco Nor-oriental, 2006

Comunidades	1ª Evaluación 2006			
	Población	Población biopsiada	Población biopsiada positiva	Prevalencia
Manapire Abajo	257	196	6	3.1%
El Filudo	89	67	3	4.5%
El Piñal	21	6	0	0.0%
Guayabal*	257	102	6	5.9%
Jenjibral	32	19	0	0.0%
Apamatal	28	25	1	4.0%

* Los Teques y El Tigre

Encuesta serológica:

Cuadro No. 28. Tasa de seropositividad por grupos de edad en las comunidades centinelas y extra-centinelas del Foco Nor-oriental, 2006

Comunidades	0-4			5-9			10-14			15-24			25-44			45-64			65 y más		
	No. Evaluados	No. (+)	Tasa																		
Manapire Abajo	13	0	0	33	1	3	33	1	3	41	8	20	42	13	31	29	15	52	5	5	100
El Filudo	7	0	0	10	0	0	6	1	17	9	2	22	19	13	68	9	5	56	6	4	67
El Piñal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	100	3	1	33	0	0	0	2	2	100
Guayabal (1)	8	0	0	13	1	8	20	1	5	13	4	31	24	14	58	16	6	38	8	8	100
Jenjibral	3	0	0	5	0	0	3	0	0	2	0	0	1	1	100	4	1	25	1	1	100
Apamatal	1	0	0	6	0	0	5	0	0	3	0	0	7	1	14	2	0	0	1	0	0
Caituco	1	0	0	6	0	0	13	1	8	4	1	25	13	4	31	5	0	0	2	0	0

(1) Guayabal- Los Teques y El Tigre

Resultados relevantes:

- En las siete comunidades evaluadas, la prevalencia de microfilarias por biopsia de piel y de portadores de nódulos fue negativa en menores de 5 años de edad.
- De las 45 personas que resultaron positivas por biopsia de piel el 77,8%(35) tuvieron serología positiva.
- Un alto porcentaje de las personas positivas no han tomado el medicamento por estar “enfermas” o ausentes en el momento de la medicación. No hay correlación entre las altas coberturas de tratamiento reportadas y los indicadores epidemiológicos encontrados.

Foco Sur de Venezuela

En 2006 se realizaron Evaluaciones Entomológicas en dos comunidades hiperendémicas del Foco Sur: *Coyowètheri* (comunidad centinela) y *Arokofita* (extra-centinela), para medir el impacto del tratamiento con Mectizan.

Evolución de los indicadores entomológicos:

Cuadro No. 29. Índices entomológicos pre-ivermectina en dos comunidades centinelas del foco Sur

Localidad (-theri) y altura	Año	Especie Simulium	Total disecado	Paridad (%)	TIP (%)	TI (%)	TP diaria	TP anual	No. L3/mosca
Coyowë- (250 m)	1982-1993	S. guianense	29,490	61	6.07	0.37	669	244,325	0.0073
Niyayowë- (950 m)	1982-1987	S. guianense	4,742	71	3.30	0.65	352	128,480	0.0141

TIP: Tasa de Infección Parasitaria (con larvas de cualquier estadio)

TI: Tasa de Infectividad (con larvas L3)

PDT: Potencial Diario de Transmisión

PAT: Potencial Anual de Transmisión

Cuadro No. 30. Índices entomológicos post-ivermectina en dos comunidades hiperendémicas (1 centinela) del Foco Sur

Localidad (-theri) y altura	Mes, Año	Especie Simulium	Total de moscas colectado	Paridad (%)	THP (IC 95%)	TPM Mensual (MG)
Coyowë- (250 m)	Abril 2006	S. guianense	10,194	92	155.7	56,051
Arokofita- (950 m)	Mayo 2006	S. guianense	455	89	4.4	1,623

Paridad: Proporción de moscas paras

THP: Número de moscas por persona por hora

TPM: Número de moscas por persona por mes

MG: Media geométrica

Cuadro No. 31. Prevalencia de la tasa de infectividad (TI) post-ivermectina de poblaciones de *S. guianense* s.l con larvas L3 de *O. volvulus* en localidad centinela Coyowë-theri del Foco Sur, Venezuela

Fecha	No. moscas examinadas	Tamaño de pool	Pooles examinados	Pooles de cabezas positivos	TI (por 10,000 moscas) (95% IC)*	TI (por 2,000 moscas) (95% IC)**
07/01/2000	850	50	17	4	60 (12.5 - 114)	
08/01/2000	200		4	0	0 (0 - 102)	
Total año 2000	1,050	50	21	4	47 (9.9 - 90.4)	
13-17/04/2006	10,194	50	203	7	7 (2.7 - 12.9)	1.402 (0.54-2.572)**

*Los Intervalos de Confianza (IC 95%) fueron estimados de acuerdo al método Bayesiano (Katholi & Barker 2002).

** Calculado según el nuevo estándar de esta iniciativa regional: <1/2000 moscas en estadio infectivo.

Cuadro No. 32. Tasas de Infectividad 1982 a 2006 en la población de *S. guianense s.l.* en Coyowètheri

Fecha	N° moscas	TI (%)	TPM	N° L3/ mosca	PTM
1982-1993	29490	0,37	20070	0,008	161
1998	2669	0,41	18585	0,006	104
2000	2729	0,26	23670	0,003	69
2006	10194	0,07	56051	0,0009	39

Conclusiones de la Sesión II

Colombia

- Los indicadores parasitológicos, serológicos y entomológicos obtenidos en las últimas EEP (2004 y 2006), evidencian que está suprimida la transmisión.
- Se acuerda efectuar las EEP en el año 2007, para los componentes de: parasitología, y serología.
- Colombia está en condiciones de ser el primer país en certificar la eliminación de la transmisión.

Ecuador

- Los indicadores parasitológicos y entomológicos de las áreas de Río Santiago y Río Canandé sugieren que la transmisión ha sido interrumpida, por lo que la situación y evolución de indicadores epidemiológicos de estas áreas serán evaluados en varios foros en 2007, luego de lo cual se determinará si puede suspenderse el tratamiento y cuándo.
- La transmisión en el área del Río Cayapas continúa aunque a un nivel muy bajo, no observándose casos de microfilarias en biopsia de piel en menores de 5 años.

Guatemala

- No se observaron casos de infección en menores de 5 años en biopsias de piel en comunidades centinela y extra-centinela en el Foco Central durante las últimas evaluaciones.
- El Foco de Santa Rosa logró las condiciones de supresión de la transmisión lo que permitió tomar la decisión de suspender el tratamiento.
- Se han hallado discrepancias importantes en la información reportada por tres comunidades del Foco Central: La Estrellita, Vesubio y Santa Isabel. Mientras continúan reportando altas coberturas de tratamiento, los indicadores parasitológicos y entomológicos sugieren persistencia de la transmisión, lo que obliga a revisar los mecanismos de monitoreo y supervisión de las actividades de tratamiento que se llevan a cabo en esas localidades.

México

- Las coberturas de tratamiento son elevadas y los indicadores parasitológicos, entomológicos y oftalmológicos indican un descenso en la transmisión.
- Se sugiere realizar EEP en los focos de Oaxaca y Norte de Chiapas para verificar si se ha interrumpido la transmisión y si puede suspenderse el tratamiento. Se recomienda llevar a cabo actividades de pre-certificación.

- Se recomienda que se revisen aquellas comunidades donde no haya evidencia de transmisión para considerar sacarlas del grupo en tratamiento.

Venezuela

Foco Nor-oriental

- En Caituco, única comunidad centinela evaluada en 2006, los resultados mostraron disminución en las prevalencias de infección por microfilarias y ausencia de infección y seropositividad en el grupo de menores de 5 años.,.
- Sin embargo, en las comunidades extra-centinelas evaluadas se encontraron prevalencias de microfilarias por biopsia de piel entre 5.1% y 33.3% y de MfCA entre 0.7% y 16.7%. Al revisar la historia de tratamiento de las personas que resultaron positivas a MfCA, se encontró que la mayoría de ellos no tenía haber recibido tratamiento con Mectizan, por lo tanto se recomendó realizar una exhaustiva revisión de las coberturas de tratamiento.

Foco Sur

- La evaluación entomológica realizada en Coyoweteri (una de las localidades que siempre había reportado altos índices de transmisión cerca de la frontera con Brasil) mostró una disminución significativa de la tasa de Infectividad de *Simulium guianense*..
- Se recomienda realizar las Evaluaciones Epidemiológicas en Profundidad comienzos de 2007 (época seca en la zona), con el fin de evitar condiciones climatológicas adversas que limiten su realización.
- Se recomienda también el fortalecimiento del Plan de Salud Yanomami y la formación de Auxiliares Yanomamis de Medicina Simplificada para contribuir a la sostenibilidad de los logros alcanzados.

Conclusiones Generales de la Sesión II

- Los datos presentados sobre la situación actual de la transmisión en las comunidades centinelas y algunas extra-centinelas subrayan que la transmisión está interrumpida en Santa Rosa (Guatemala) y se sospecha haber sido suprimida en los focos de: Oaxaca y Chiapas Norte (México); Huehuetenango y Escuintla (Guatemala), y López de Micay (Colombia).
- Existen diferentes estados de transmisión en los focos Sur de Chiapas y Esmeraldas/Pichincha, en tanto que la transmisión continúa en los focos de Brasil, Central de Guatemala y en los 3 focos de Venezuela.
- En seguimiento a los acuerdos de la Reunión de Entomólogos celebrada en septiembre de 2006, la iniciativa regional adoptará de ahora en adelante el indicador de Tasa de Infectividad menos de 1/2,000 moscas para demostrar ausencia de transmisión. Los datos anteriores, los cuales habían sido obtenidos con el indicador 1/10,000 se adaptaron al nuevo indicador de 1/2,000.

Sesión III: Análisis de las coberturas de tratamiento logradas durante 2006

Moderador: Dr. Santiago Nicholls

Relatores: Licenciada Soledad Pérez, Dr. Harland Schuler, Sr. Víctor Manuel Sánchez y Dr. Hugo Armas

Introducción a la Sesión III

Dr. Guillermo Zea Flores

Puntos relevantes de las conclusiones y recomendaciones de la IACO 2005:

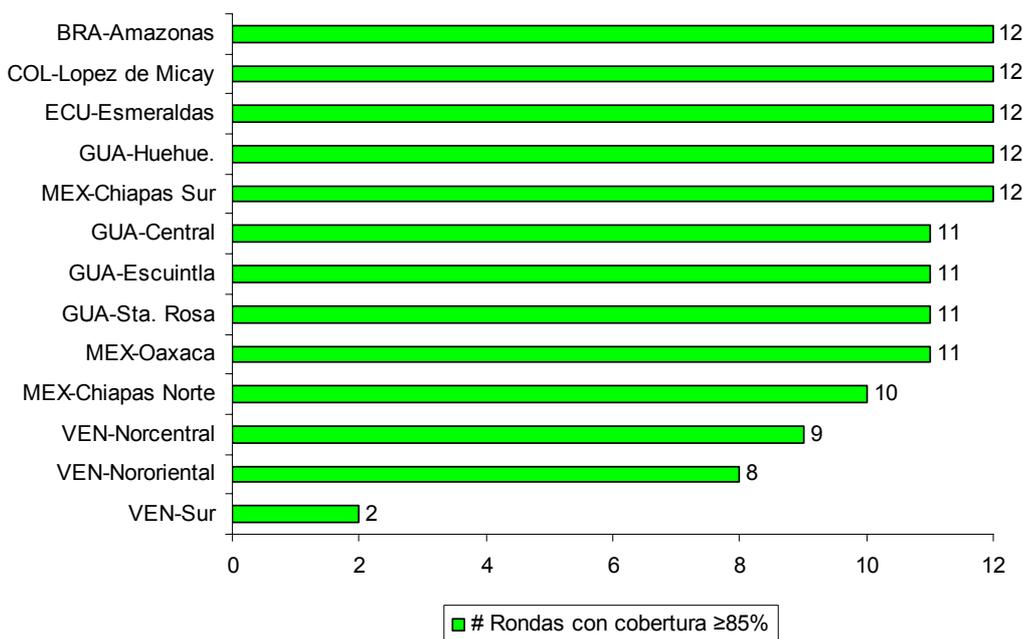
- Tomar en cuenta el momento más oportuno para dar el tratamiento: clima, fiestas locales, conflictos, cosechas, cacería, etc.
- Establecer el mecanismo para lograr el tratamiento de ausentes, renuentes, mujeres después de una semana post-parto y enfermos agudos después de su recuperación.
- Los datos de coberturas reportados por los Programas Nacionales, no reflejan los problemas que se dan para lograr coberturas altas y confiables, por lo tanto, es necesario establecer sistemas de supervisión y acompañamiento a los trabajadores de campo, que permitan conocer la realidad y encontrar las alternativas de solución más adecuadas.
- Desarrollar una herramienta apropiada que, cumpliendo los lineamientos establecidos, permita verificar las coberturas reportadas en todas las comunidades, con énfasis en las áreas con alta transmisión.
- Reforzar el componente de información en cada Programa Nacional, con el fin de estar preparados para atender un proceso de certificación. Por lo tanto, se recomienda crear en los países en donde todavía no se tiene, un sistema de información formal que permita tener una base de datos a nivel nominal.

Ante el atraso que se ha venido dando en la presentación a OEPA de la información de coberturas y que ha provocado que OEPA no pueda cumplir con los reportes y elaboración del boletín semestral “¿cómo vamos en las coberturas de tratamiento en la Región?” e incluso, mencionó que usualmente en la introducción a la Sesión de tratamiento, presenta los resultados comparativos entre el 3er. trimestre 2005-2006 pero ahora no su pudo hacer por falta de información del período julio-septiembre. Presentó la recomendación emanada de la reunión del Comité Coordinador del Programa (PCC), celebrada en mayo de este año y que literalmente dice:

- Que los representantes de los países en el PCC, insistan ante los demás Directores de los Programas sobre la necesidad de enviar a OEPA la información de coberturas en forma oportuna.

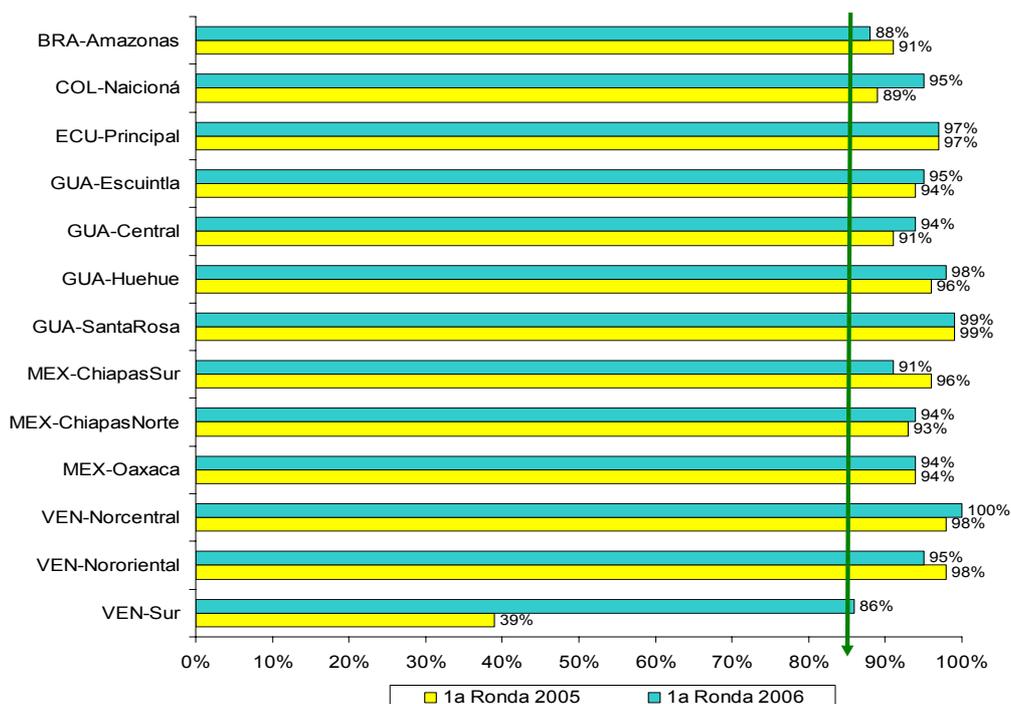
El número de rondas de tratamiento con coberturas superiores al 85% de la población elegible en cada uno de los focos, correspondiente al período 2001 hasta la primera ronda 2006, fue presentado en la siguiente gráfica, haciendo la salvedad que algunos focos lograron esas coberturas antes del 2001.

Gráfico No. 2. Número de rondas con coberturas iguales o mayores al 85%, por foco (2001-2006)



Comparando las coberturas alcanzadas en la primera ronda 2005 con las correspondientes al 2006, en la siguiente gráfica se observa que este año, en 10 de los 13 focos, las coberturas fueron iguales o superiores al año anterior, realizando el foco Sur de Venezuela en donde en 2005 la cobertura fue 39% y en el 2006 se alcanzó el 86%. Con este logro, por primera vez, todos los focos superaron la meta de cobertura (85%).

Gráfico No. 3. Coberturas alcanzadas en las primeras rondas de tratamiento de 2005 y 2006



Finalmente, resumió de la siguiente manera, los objetivos que se pretende cumplir con las presentaciones de cada Programa Nacional en relación con el tratamiento:

- Analizar la evolución de la relación porcentual entre la población en riesgo y la elegible.
- Conocer las coberturas alcanzadas en cada foco durante la primera ronda y el tercer trimestre de este año.
- Conocer la evolución de las poblaciones tratadas y no tratadas en cada foco.
- Analizar el peso sobre las coberturas, que tiene la población que siendo elegible, están quedando sin tratamiento (ausentes y renuentes).
- Analizar las causas y la frecuencia de las enfermedades que motivan que no se pueda administrar el tratamiento, así como el peso que el grupo de embarazadas provocan, y el seguimiento que se da para lograr el tratamiento al finalizar la causa que les hizo no elegibles.
- Conocer sobre el tratamiento a población migrante.

Coberturas regionales en 2006:

Aclaración: Las coberturas incluidas en esta Relatoría, corresponden con la población elegible reportada a inicios del 2006, basada en los censos realizados durante el segundo semestre 2005 y a los datos de tratamientos administrados, que reportan los Programas Nacionales, al finalizar ambas rondas de tratamiento. Por ello, puede existir alguna diferencia con las coberturas obtenidas con base en posteriores actualizaciones de la población elegible.

El objetivo regional fue dar tratamiento, cada 6 meses, a 456,803 personas elegibles (Meta de Elegibles para Tratamiento -MET-), de las 506,307 (población en riesgo), que residen en las 1,950 comunidades endémicas. Esto constituye la meta de proporcionar 913,606 tratamientos en el año (Metal Anual de Tratamiento -MAT-).

Coberturas en profundidad: en la Región, fue posible dar tratamiento a 429,188 (94%) en la primera ronda y a 423,533 (93%) en la segunda. En el año, administraron 852,721 tratamientos, 93% de la MAT.

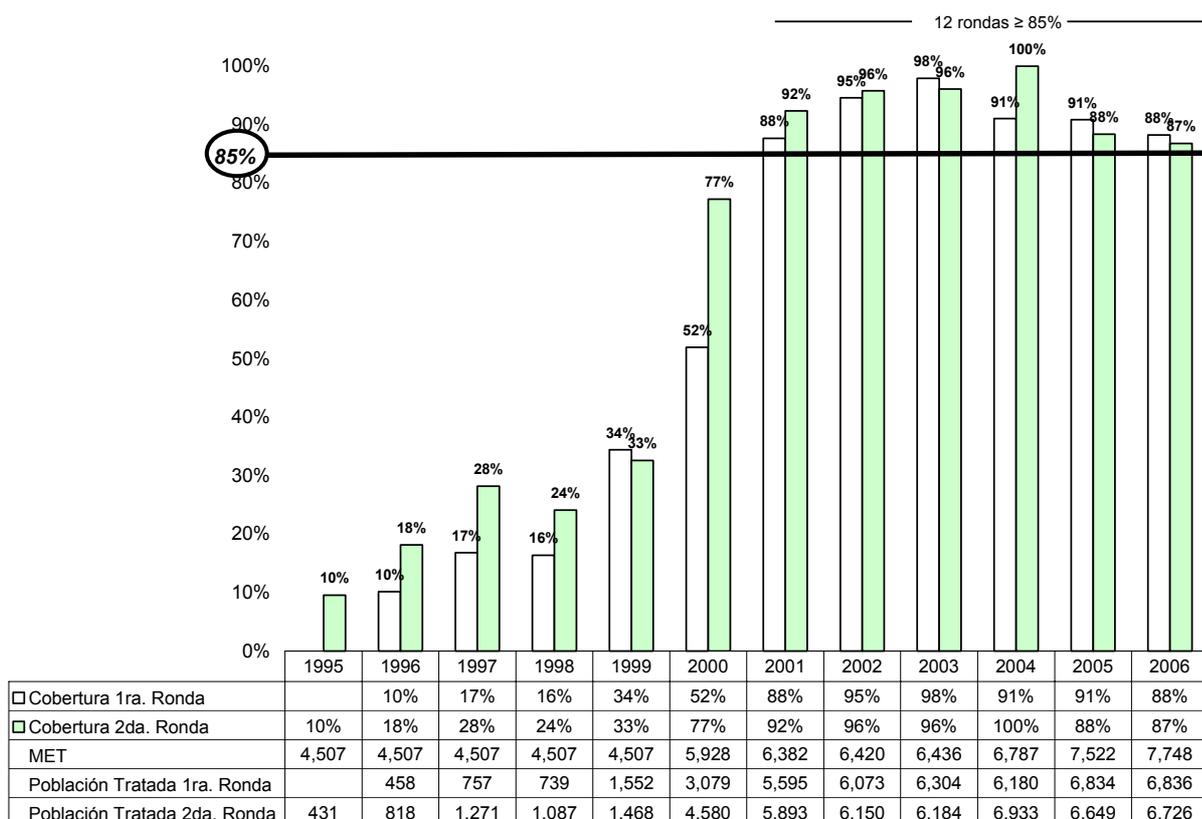
Coberturas en extensión: de las 1,950 comunidades endémicas, se logró una cobertura anual igual o superior al 85% en 1,661 (85%), 218 (11%) fueron tratadas pero la cobertura no llegó a esa meta, 21 (1%) no fueron tratadas y 50 (3%) estaban deshabitadas.

Presentaciones de los Programas Nacionales:

Brasil

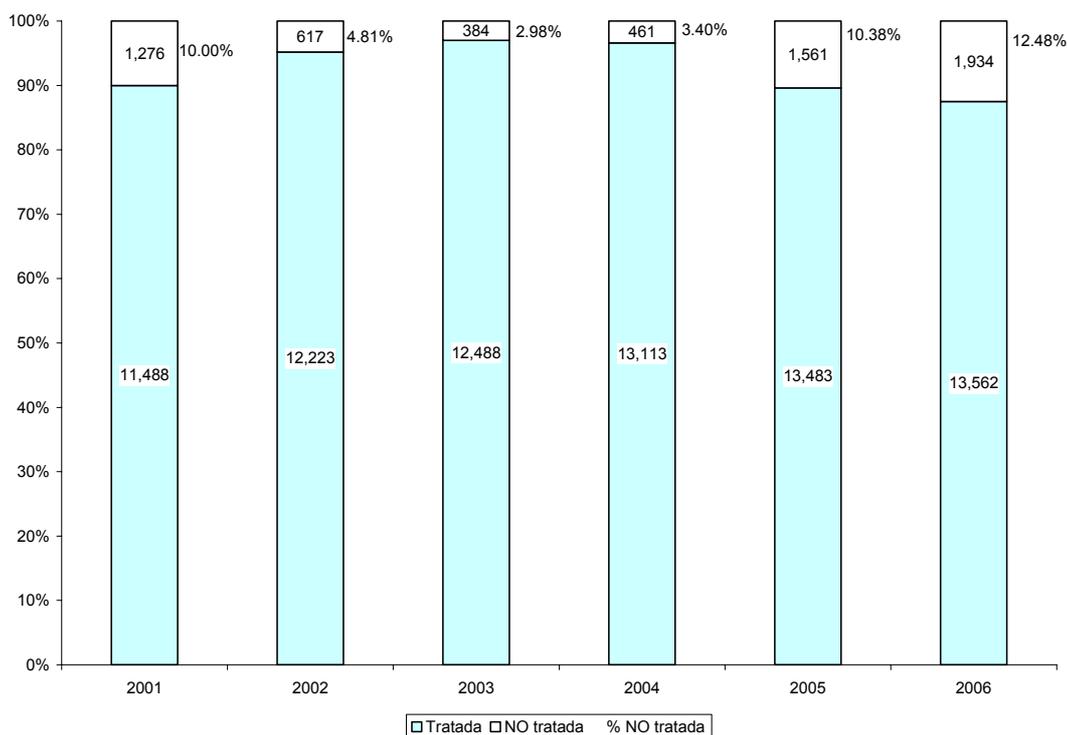
El Programa brasileño inició la distribución de Mectizan® en 1995 y en 2006 incorporó el esquema de tratamiento semestral. No fue sino hasta el 2001 cuando logró superar la meta de tratar al menos al 85% de su población elegible. Este logro se mantiene a la fecha. La evolución de esas coberturas en cada ronda se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfico No. 4. Evolución histórica del tratamiento en Brasil 1995-2006



A partir del 2004 y debido a la transición de actividades de tratamiento de URIHI -la ONG principalmente involucrada-, hacia el Ministerio de Salud, el número de personas no tratadas ha ido en aumento, tal como puede verse en la siguiente gráfica.

Gráfico No. 5. Evolución de las Poblaciones Tratadas, NO Tratadas y % de NO Tratadas en Brasil 2001-2006



Cuadro No. 33. Información general 2006, del único foco endémico (Amazonas-Roraima) en el país

No. de comunidades endémicas: 17
Vectores involucrados: <i>S. guianense</i> , <i>S. oyapockense</i> y <i>S. incrustatum</i>
Población en riesgo: 9,657
Población elegible para tratamiento (MET): 7,748
Meta Anual de Tratamiento (MAT): 15,496
Población tratada y cobertura en primera ronda: 6,836 (88%)
Población tratada y cobertura en segunda ronda: 6,726 (87%)
Tratamientos administrados en relación con la MAT: 13,562 (88%)
Comunidades tratadas con cobertura >85%: 14 (82%)
Comunidades tratadas con cobertura < 85%: 2 (12%)
Comunidades deshabitadas: 1 (6%)
Rondas de tratamiento con coberturas >85% a partir del 2001: 12

Colombia

El Programa Nacional inicio las actividades de tratamiento en 1996 y, desde 1997, ha administrado dos rondas de tratamiento. La meta de tratar a no menos del 85% de la población elegible, está siendo cumplida desde la segunda ronda de 1998 a la fecha, como se puede ver en la siguiente gráfica.

Gráfico No. 6. Evolución histórica del tratamiento en Colombia 1996-2006

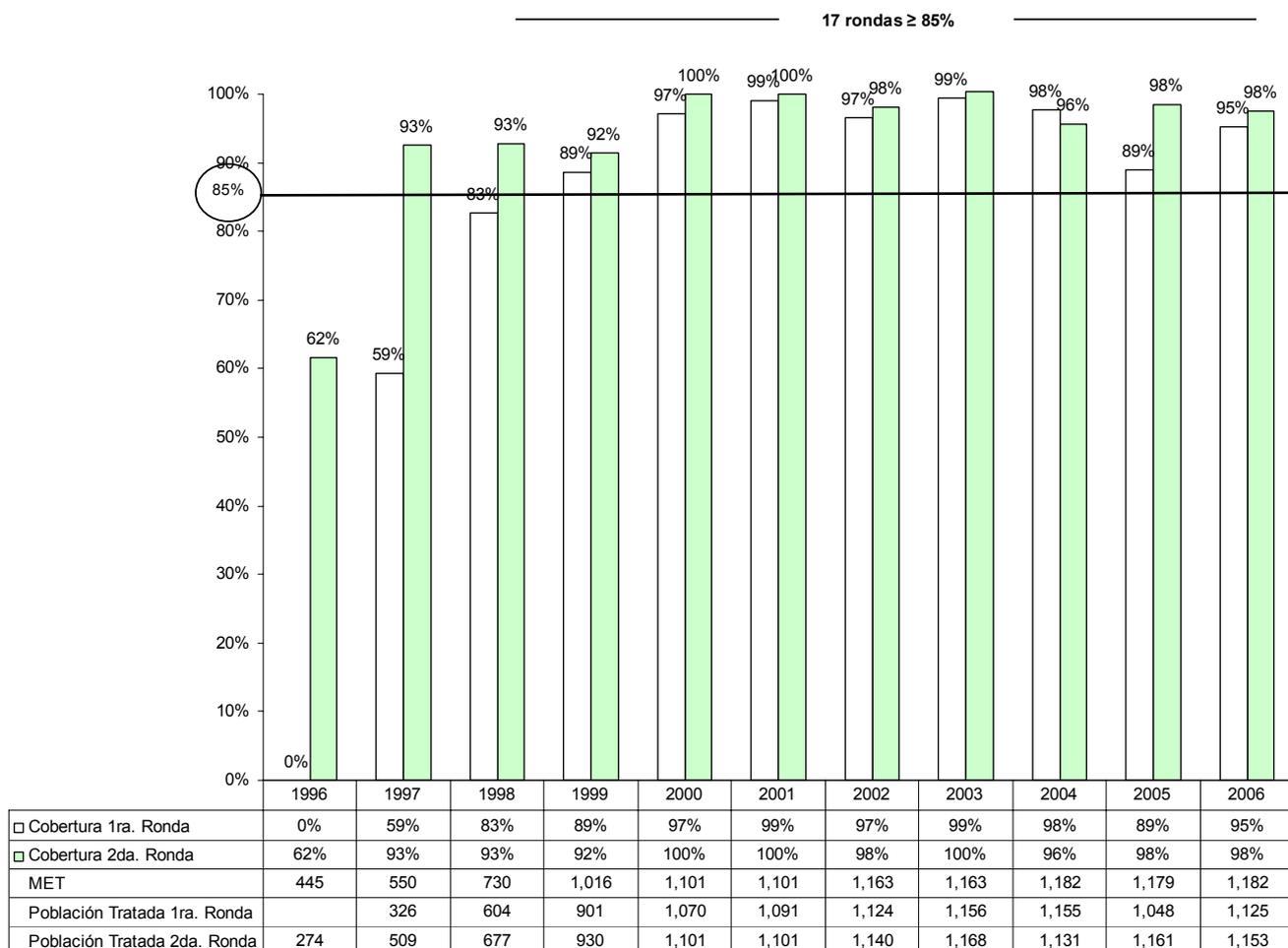
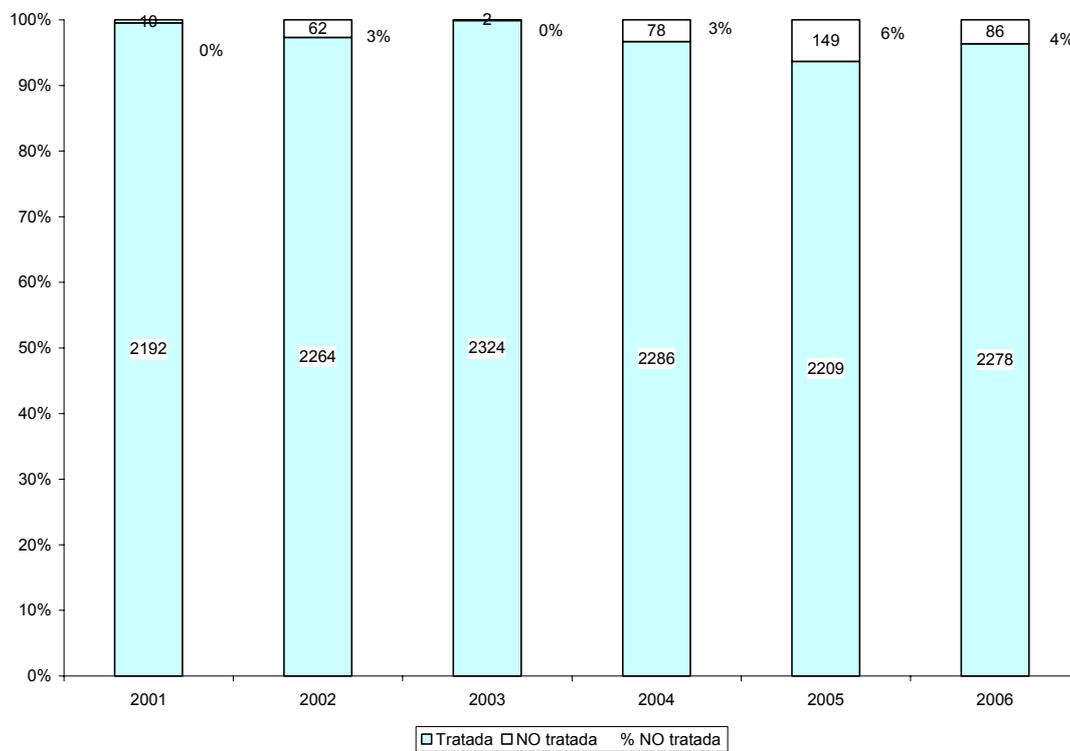


Gráfico No. 7. Evolución de las Poblaciones Tratadas, NO Tratadas y % de NO Tratadas en Colombia 2001-2006



Cuadro. No. 34. Información general 2006, del único foco endémico (López de Micay) en el país:

No. de comunidades endémicas: 1
Vector principal: <i>S. exiguum</i>
Población en riesgo: 1,213
Población elegible para tratamiento (MET): 1,182
Meta Anual de Tratamiento (MAT): 2,364
Población tratada y cobertura en primera ronda: 1,125 (95%)
Población tratada y cobertura en segunda ronda: 1,153 (98%)
Tratamientos administrados en relación con la MAT: 2,278 (96%)
Comunidades tratadas con cobertura >85%: 1 (100%)
Rondas de tratamiento con coberturas >85% a partir del 2001: 12

Ecuador

El Programa ecuatoriano, fue uno de los primeros en iniciar el tratamiento con Mectizan®, originalmente administrando una dosis anual. En 1998, empezó a dar tratamiento cada 6 meses, pero la segunda ronda mantenía coberturas muy bajas, debido principalmente a problemas económicos para financiar esa segunda ronda. Una vez superados los obstáculos, desde 2001 a la fecha, administran las dos rondas con coberturas mayores al 85% de los elegibles, tal como se puede ver en la siguiente gráfica.

Gráfico No. 8. Evolución histórica del programa de Ecuador 1995-2006

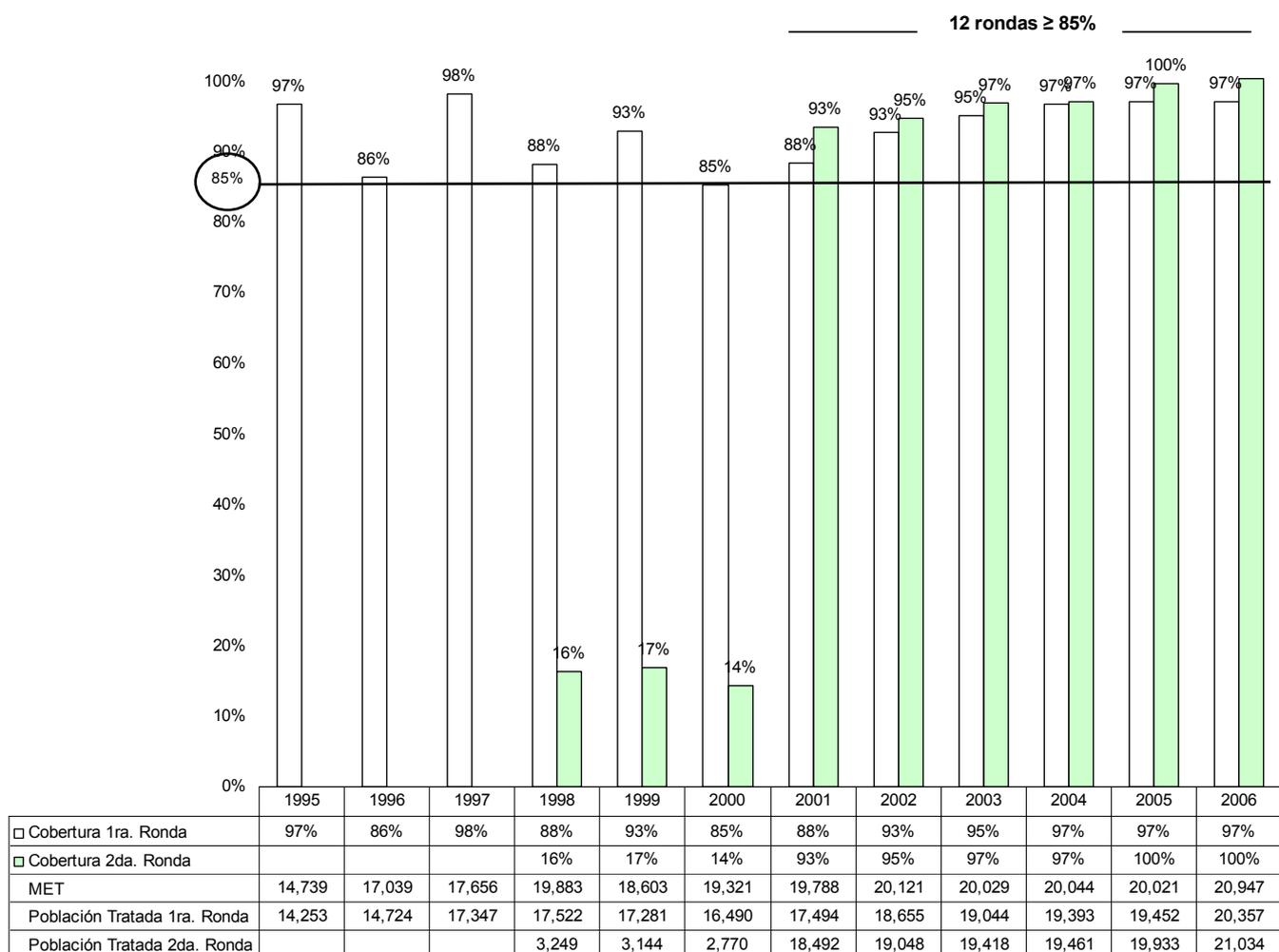
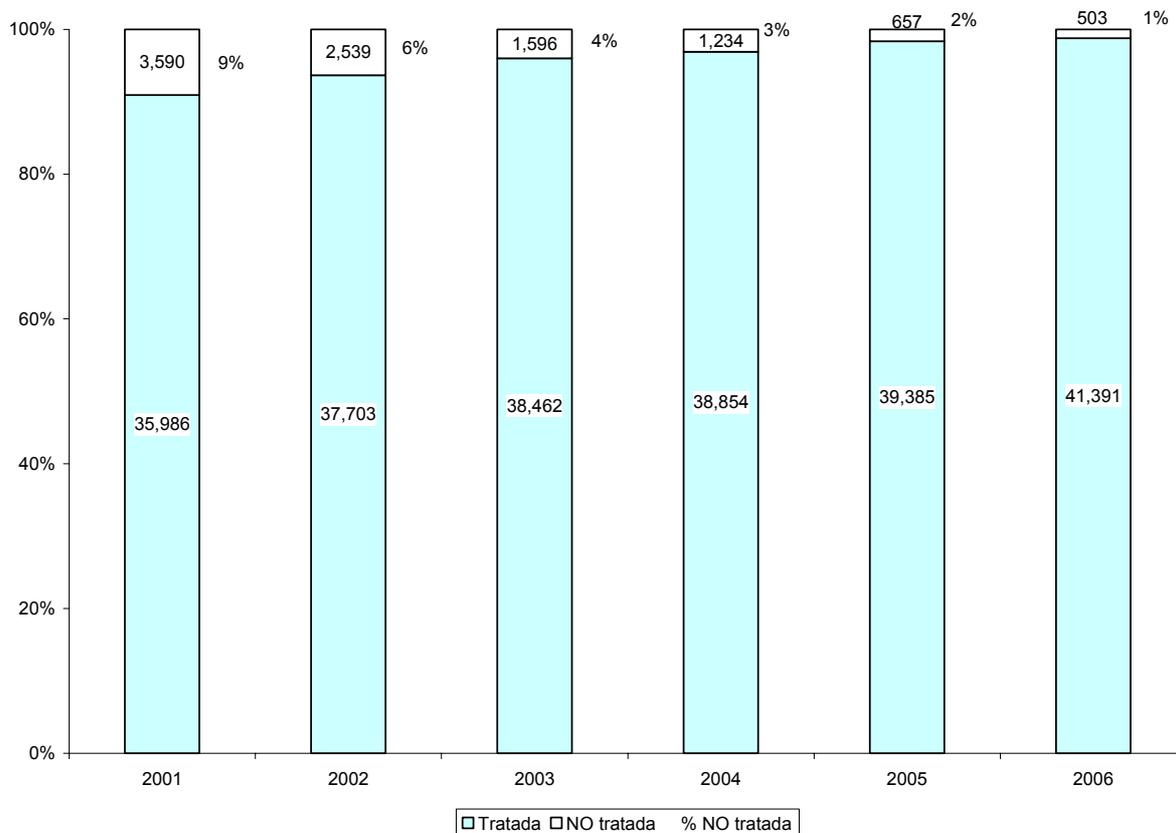


Gráfico No. 9. Evolución de las Poblaciones Tratadas, NO Tratadas y % de NO Tratadas en Ecuador 2001-2006



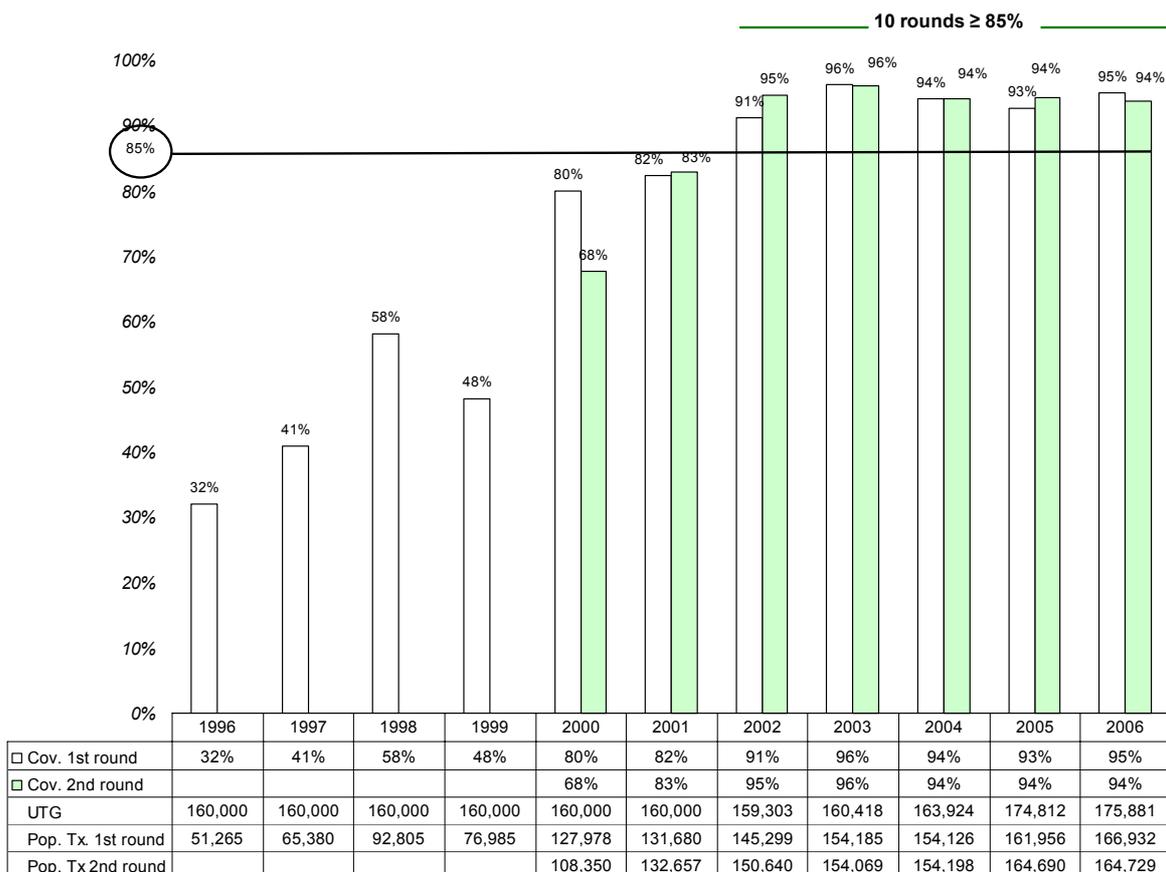
Cuadro No. 35. Información general 2006, del foco endémico (Esmeraldas-Pichincha) incluyendo los sub-focos en el país:

No. de comunidades endémicas: 119
Vector principal: <i>S. exiguum</i> y <i>S. quadrivittatum</i>
Población en riesgo: 24,378
Población elegible para tratamiento (MET): 20,947
Meta Anual de Tratamiento (MAT): 41,894
Población tratada y cobertura en primera ronda: 20,357 (97%)
Población tratada y cobertura en segunda ronda: 21,034 (100%)
Tratamientos administrados en relación con la MAT: 41,391 (99%)
Comunidades tratadas con cobertura >85%: 109 (92%)
Comunidades tratadas con cobertura <85%: 10 (8%)
Rondas de tratamiento con coberturas >85% a partir del 2001: 12

Guatemala

El Programa guatemalteco es, dentro de la Región, el más antiguo en la administración de Mectizan®, pues inició en 1989. Sin embargo, la estabilidad en el logro de coberturas superiores al 85% en rondas semestrales, se dio hasta el 2002 y se mantiene a la fecha, tal como se puede observar en la siguiente gráfica:

Gráfico No. 10. Evolución histórica del programa de Guatemala 1996-2006



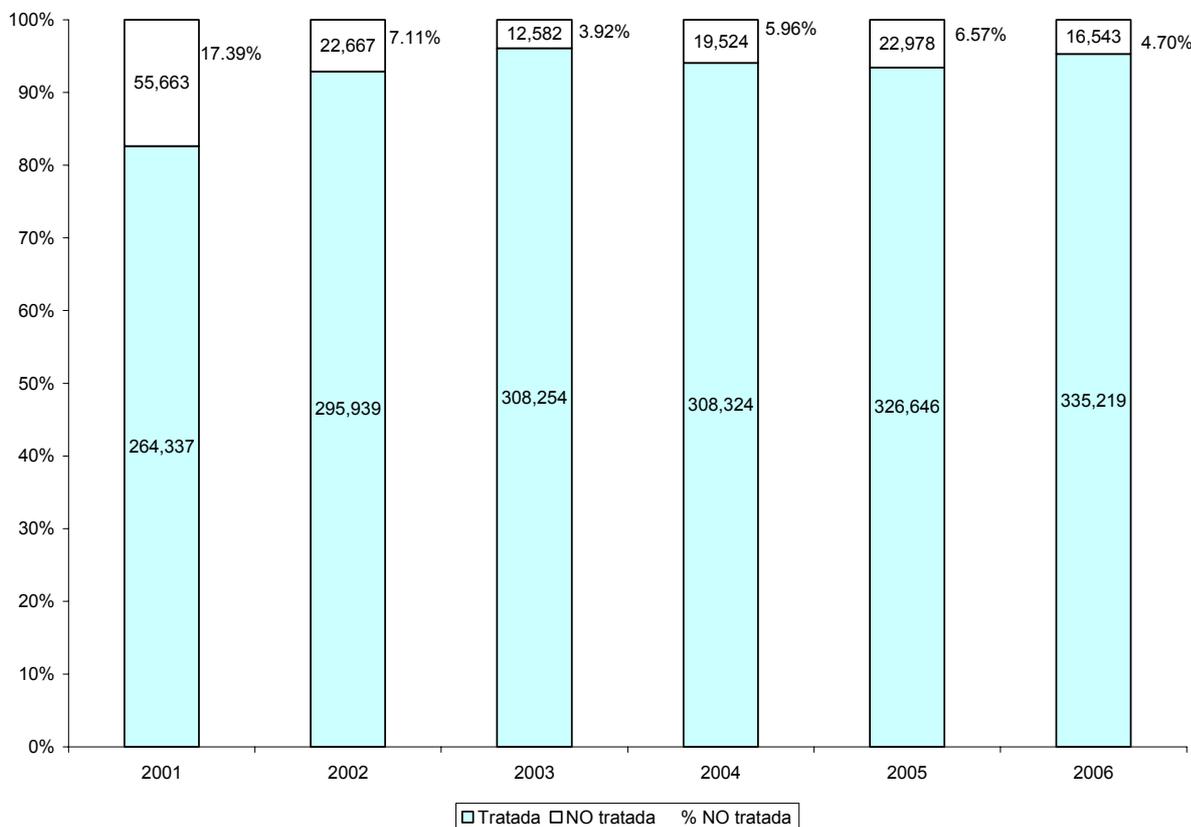
Coberturas generales en el país:

En el país hay 518 comunidades endémicas distribuidas en 4 focos, así: 43 (8%) en el foco Huehuetenango (Cuilco), 321 (62%) en el foco Central (Departamentos de Suchitepéquez, Chimaltenango y Sololá), 117 (23%) en el foco Escuintla/Guatemala y 37 (7%) en el foco de Santa Rosa. En las 518 comunidades, la población en riesgo fue 196,467 personas, de las cuales 175,881 (90%) eran elegibles para tratamiento. El objetivo del Programa fue administrar 351,762 tratamientos en el año (MAT).

Coberturas en profundidad: en el país, el Programa Nacional dio tratamiento a 166,932 (95%) personas en la primera ronda y 164,729 (94%) en la segunda. En el año, administraron 331,661 tratamientos, 94% de la MAT.

Cobertura en extensión: de las 518 comunidades endémicas, en 445 (86%) se alcanzó o superó la meta del 85% de cobertura, 35 (6.6%) aunque fueron tratadas, no alcanzaron esa meta, 2 (0.4%) no fueron tratadas y 36 (7%) estaban deshabitadas.

Gráfico No. 11. Evolución de las Poblaciones Tratadas, NO Tratadas y % de NO Tratadas en Guatemala 2001- 2006



Información general 2006, de cada uno de los focos endémicos en el país:

Cuadro No. 36. Foco Cuilco (Huehuetenango)

No. de comunidades endémicas: 43
Vector principal: <i>S. ochraceum</i>
Población en riesgo: 30,051
Población elegible para tratamiento (MET): 27,259
Meta Anual de Tratamiento (MAT): 54,518
Población tratada y cobertura en primera ronda: 26,607 (98%)
Población tratada y cobertura en segunda ronda: 26,167 (96%)
Tratamientos administrados en relación con la MAT: 52,774 (97%)
Comunidades tratadas con cobertura >85%: 42 (98%)
Comunidades tratadas con cobertura < 85%: 1 (2%)
Rondas de tratamiento con coberturas >85% a partir del 2001: 12

Cuadro No. 37. Foco Central (Suchitepéquez, Sololá y Chimaltenango)

No. de comunidades endémicas: 321
Vector principal: <i>S. ochraceum</i>
Población en riesgo: 105,877
Población elegible para tratamiento (MET): 93,580
Meta Anual de Tratamiento (MAT): 187,160
Población tratada y cobertura en primera ronda: 87,524 (94%)
Población tratada y cobertura en segunda ronda: 85,747 (92%)
Tratamientos administrados en relación con la MAT: 173,271 (93%)
Comunidades tratadas con cobertura >85%: 270 (84%)
Comunidades tratadas con cobertura < 85%: 23 (7%)
Comunidades deshabitadas: 28 (9%)
Rondas de tratamiento con coberturas >85% a partir del 2001: 11

Cuadro No. 38. Foco Escuintla/Guatemala

No. de comunidades endémicas: 117
Vector principal: <i>S. ochraceum</i>
Población en riesgo: 49,616
Población elegible para tratamiento (MET): 45,224
Meta Anual de Tratamiento (MAT): 90,448
Población tratada y cobertura en primera ronda: 43,116 (95%)
Población tratada y cobertura en segunda ronda: 43,269 (96%)
Tratamientos administrados en relación con la MAT: 86,385 (96%)
Comunidades tratadas con cobertura >85%: 99 (85%)
Comunidades tratadas con cobertura < 85%: 11 (9%)
Comunidades no tratadas: 2 (2%)
Comunidades deshabitadas: 5 (4%)
Rondas de tratamiento con coberturas >85% a partir del 2001: 11

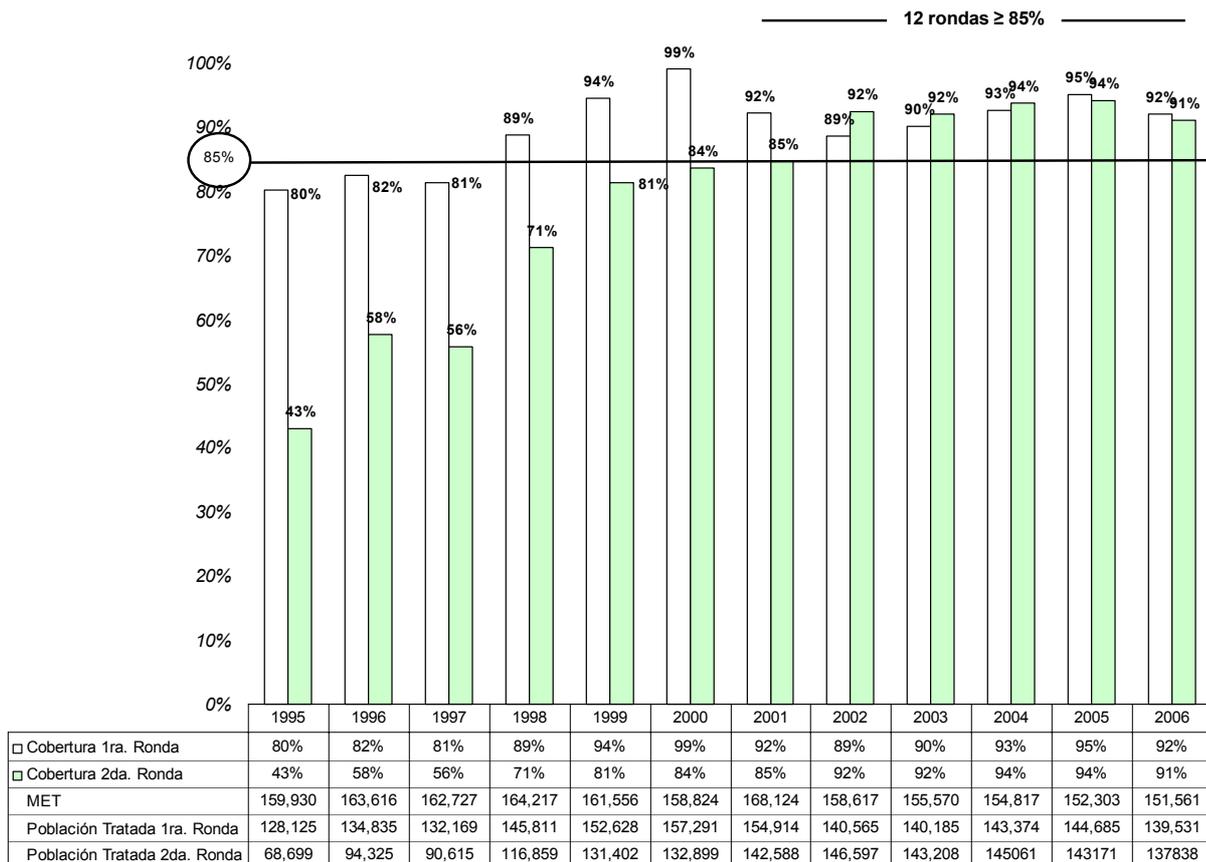
Cuadro No. 39. Foco Santa Rosa

No. de comunidades endémicas: 37
Vector principal: <i>S. ochraceum</i>
Población en riesgo: 10,923
Población elegible para tratamiento (MET): 9,818
Meta Anual de Tratamiento (MAT): 19,636
Población tratada y cobertura en primera ronda: 9,685 (99%)
Población tratada y cobertura en segunda ronda: 9,546 (97%)
Tratamientos administrados en relación con la MAT: 19,231 (98%)
Comunidades tratadas con cobertura >85%: 34 (92%)
Comunidades deshabitadas: 3 (8%)
Rondas de tratamiento con coberturas >85% a partir del 2001: 11

México

El Programa mexicano ha mantenido coberturas superiores al 85% de los elegibles en ambas rondas de tratamiento, desde el 2001. Antes de ello y, desde 1998 ese logro se dio exclusivamente en las primeras rondas de cada año, tal como se puede apreciar en la siguiente gráfica:

Gráfico No. 12. Evolución histórica del programa de México 1995-2006



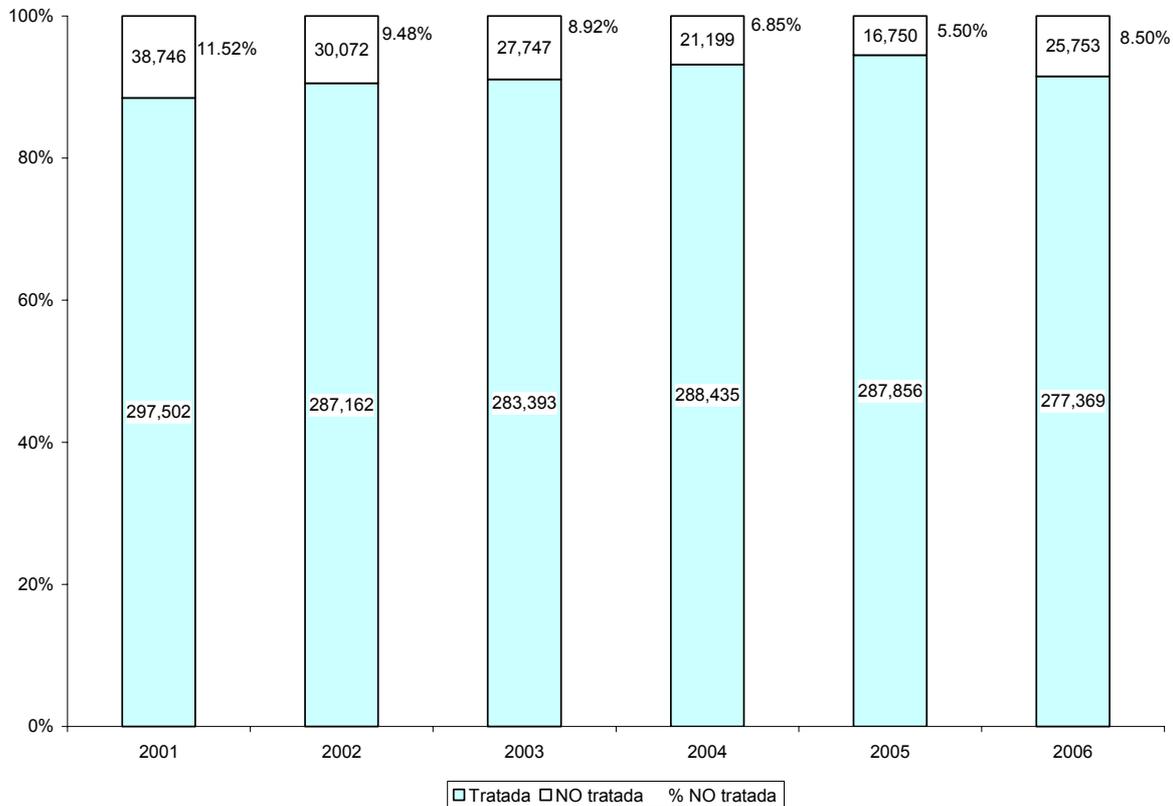
Coberturas generales en el país:

En el país hay 670 comunidades endémicas distribuidas en 3 focos, así: 98 (15%) en el foco Oaxaca, 13 (2%) en el foco Norte de Chiapas y 559 (83%) en el foco Sur de Chiapas. En las 670 comunidades, la población en riesgo fue 163,400 personas, de las cuales 151,561 (93%) eran elegibles para tratamiento. El objetivo del Programa fue administrar 303,122 tratamientos en el año (MAT).

Coberturas en profundidad: en el país, el Programa Nacional dio tratamiento a 139,531 (92%) personas en la primera ronda y 137,838 (91) en la segunda. En el año, administraron 277,369 tratamientos, 92% de la MAT.

Cobertura en extensión: de las 670 comunidades endémicas, en 590 (88%) se alcanzó o superó la meta del 85% de cobertura, en 70 (10%) aunque fueron tratadas, no alcanzaron esa meta, 5 (1%) no fueron tratadas y 5 (1%) estaban deshabitadas.

Gráfico No. 13. Evolución de las Poblaciones Tratadas, NO Tratadas y % de NO Tratadas en México 2001-2006



Información general 2006, de cada uno de los focos endémicos en el país:

Cuadro No. 40. Foco Oaxaca

Vector principal: <i>S. ochraceum</i>
No. de comunidades endémicas: 98
Población en riesgo: 46,592
Población elegible para tratamiento (MET): 42,335
Meta Anual de Tratamiento (MAT): 84,670
Población tratada y cobertura en primera ronda: 39,747 (94%)
Población tratada y cobertura en segunda ronda: 39,273 (93%)
Tratamientos administrados en relación con la MAT: 79,020 (93%)
Comunidades tratadas con cobertura >85%: 98 (100%)
Rondas de tratamiento con coberturas >85% a partir del 2001: 11

Cuadro No. 41. Foco Norte de Chiapas (Chamula)

No. de comunidades endémicas: 13
Vector principal: <i>S. ochraceum</i>
Población en riesgo: 7,092
Población elegible para tratamiento (MET): 6,528
Meta Anual de Tratamiento (MAT): 13,056
Población tratada y cobertura en primera ronda: 5,918 (91%)
Población tratada y cobertura en segunda ronda: 6,050 (93%)
Tratamientos administrados en relación con la MAT: 11,968 (92%)
Comunidades tratadas con cobertura >85%: 11 (85%)
Comunidades tratadas con cobertura < 85%: 2 (15%)
Rondas de tratamiento con coberturas >85% a partir del 2001:10

Cuadro No. 42. Foco Sur de Chiapas (Soconusco)

No. de comunidades endémicas: 559
Vector principal: <i>S. ochraceum</i>
Población en riesgo: 109,716
Población elegible para tratamiento (MET): 102,698
Meta Anual de Tratamiento (MAT): 205,396
Población tratada y cobertura en primera ronda: 93,866 (91%)
Población tratada y cobertura en segunda ronda: 92,515 (90%)
Tratamientos administrados en relación con la MAT: 186,381 (91%)
Comunidades tratadas con cobertura >85%: 481 (86%)
Comunidades tratadas con cobertura < 85%: 68 (12%)
Comunidades no tratadas: 5 (1%)
Comunidades deshabitadas: 5 (1%)
Rondas de tratamiento con coberturas >85% a partir del 2001: 12

Intervención especial en el foco Sur de Chiapas: Esquema de tratamientos trimestrales

Este esquema de tratamiento, iniciado en el 2003, cubre a 50 comunidades y pretende acelerar el proceso de eliminación de la oncocercosis en el foco. La Meta Anual de Tratamiento (MAT) fue administrar en el año, 21,284 tratamientos, habiendo logrado 19,005 (89%) La distribución de esas comunidades por nivel endémico y las coberturas logradas en cada una de las 4 rondas, se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 43. Comunidades y población elegible por nivel de endemividad en las comunidades del foco Sur de Chiapas bajo el esquema de tratamiento 4 tx/año, 2006

Endemividad	Comunidades	Población elegible (MET-4-)
Hiperendémicas	37	10,415
Mesoendémicas	13	10,869
Total	50	21,284

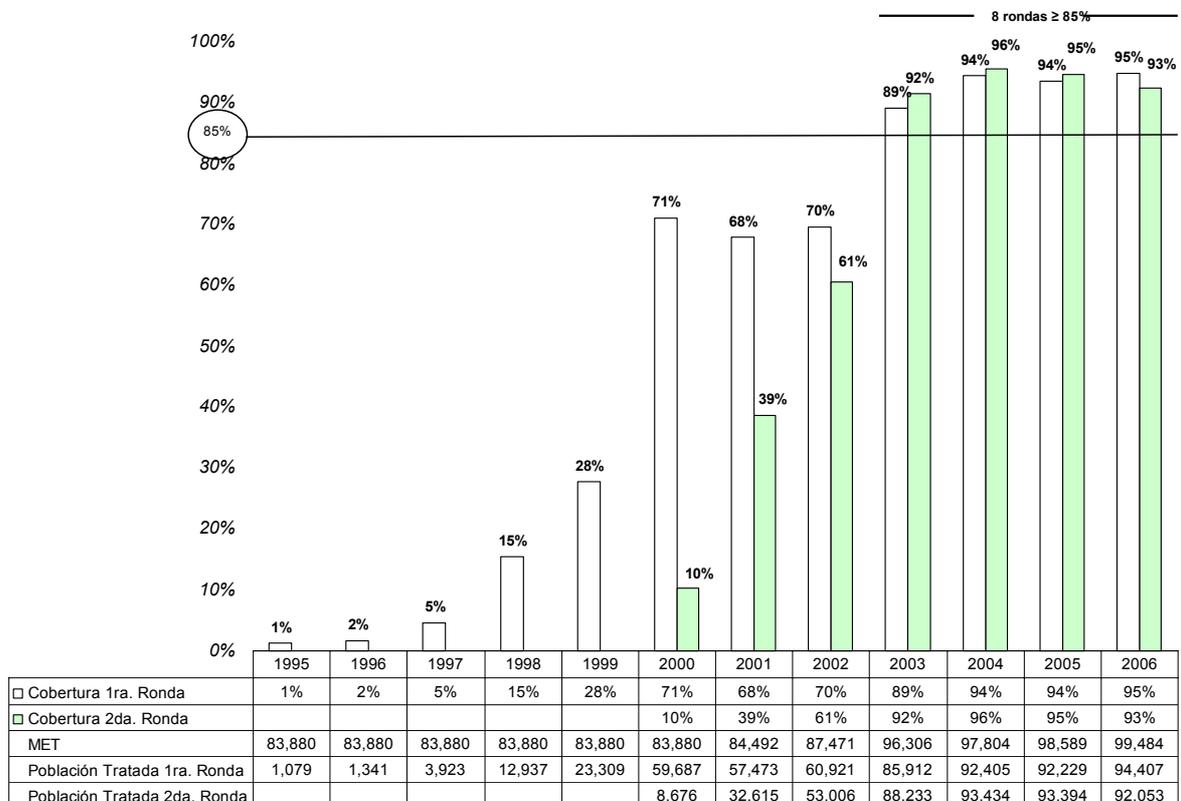
Cuadro 44. Coberturas de tratamiento durante 2006 en las comunidades del Foco Sur de Chiapas que siguen el esquema de tratamiento 4 tx/año

1a Ronda			2a Ronda		
Endemicidad	Población tratada	Cobertura (%)	Endemicidad	Población tratada	Cobertura (%)
Hiperendémicas	2,239	88.8	Hiperendémicas	2,402	91.3
Mesoendémicas	2,439	87.4	Mesoendémicas	2,225	89.2
Total	4,678	88.03	Total	4,627	90.3
3a Ronda			4a Ronda		
Endemicidad	Población tratada	Cobertura (%)	Endemicidad	Población tratada	Cobertura (%)
Hiperendémicas	2,317	88.1	Hiperendémicas	2,355	89.5
Mesoendémicas	2,462	88.2	Mesoendémicas	2,566	91.9
Total	4,779	88.1	Total	4,921	90.74

Venezuela

El Programa venezolano fue el último país en la Región en iniciar la distribución masiva de Mectizan en todos sus focos endémicos. En 1995 dio algunos tratamientos sólo en el foco Sur, como una actividad aislada. El promedio nacional de coberturas superiores al 85%, lo alcanzó hasta el 2003 y lo mantiene a la fecha.

Gráfico No. 14. Evolución histórica del programa de Venezuela 1995-2006



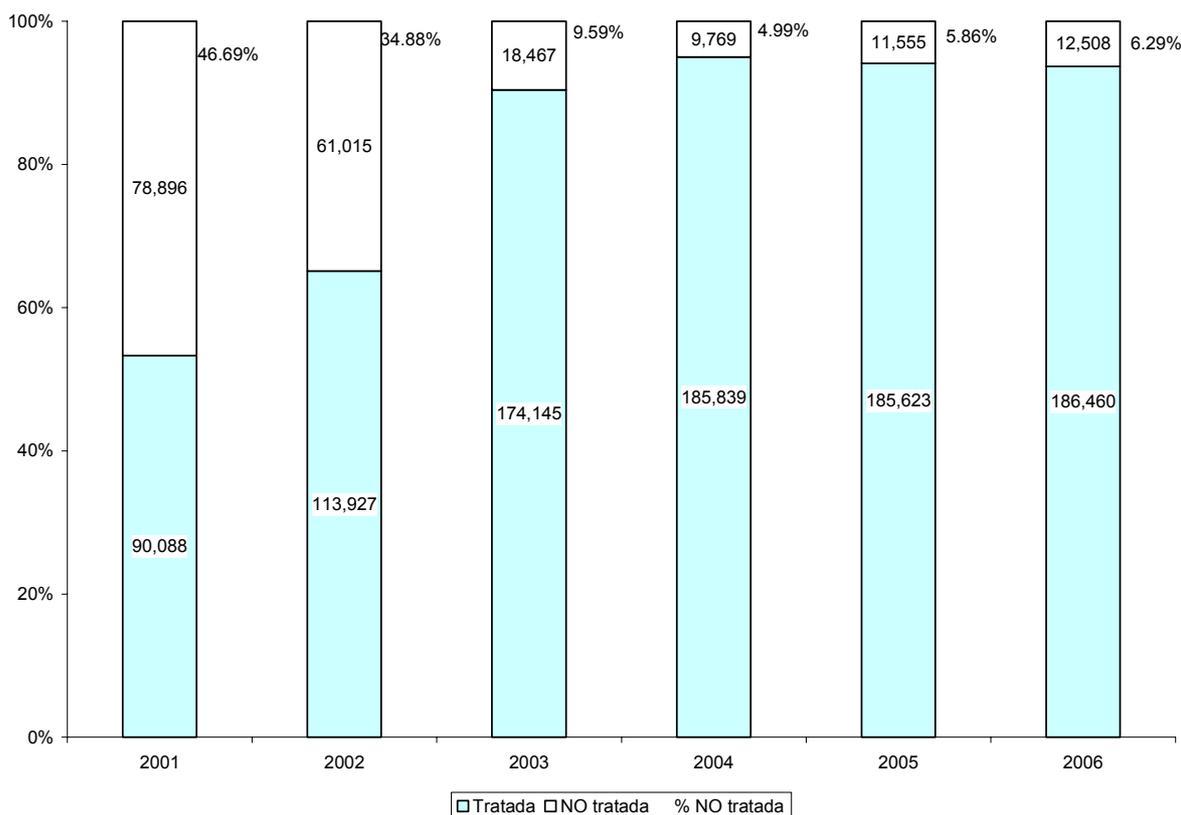
Coberturas generales en el país:

En el país hay 625 comunidades endémicas distribuidas en 3 focos, así: 45 (7%) en el foco Nor-Central (Aragua, Carabobo, Cojedes, Guárico, Miranda y Yaracuy), 465 (74.5%) en el foco Nor-Oriental, (Sucre, Monagas y Anzoátegui) y 115 (18.5%) en el foco Sur (Amazonas-Bolívar). En las 625 comunidades, la población en riesgo fue 111,192 personas, de las cuales 99,484 (89%) eran elegibles para tratamiento. El objetivo del Programa fue administrar 198,968 tratamientos en el año (MAT).

Coberturas en profundidad: en el país, el Programa Nacional dio tratamiento a 94,407 (95%) personas en la primera ronda y 92,053 (93%) en la segunda. En el año, administraron 186,460 tratamientos, 94% de la MAT.

Cobertura en extensión: de las 625 comunidades endémicas, en 502 (81%) se alcanzó o superó la meta del 85% de cobertura, en 101 (16%) aunque fueron tratadas, no alcanzaron esa meta, 14 (2%) no fueron tratadas y 8 (1%) estaban deshabitadas.

Gráfico No. 15. Evolución de las Poblaciones Tratadas, NO Tratadas y % de NO Tratadas en Venezuela 2001-2006



Información general 2006, de cada uno de los focos endémicos en el país:

Cuadro No. 45. Foco Nor-Central

No. de comunidades endémicas: 45
Vector principal: <i>S.metallicum</i>
Población en riesgo: 13,033
Población elegible para tratamiento (MET): 11,842
Meta Anual de Tratamiento (MAT): 23,684
Población tratada y cobertura en primera ronda: 11,954 (100%)
Población tratada y cobertura en segunda ronda: 11,848 (100%)
Tratamientos administrados en relación con la MAT: 23,802 (100%)
Comunidades tratadas con cobertura >85%: 43 (96%)
Comunidades no tratadas: 2 (4%)
Rondas de tratamiento con coberturas >85% a partir del 2001: 9

Cuadro No. 46. Foco Nor-Oriental

No. de comunidades endémicas: 465
Vector principal: <i>S.metallicum</i>
Población en riesgo: 91,839
Población elegible para tratamiento (MET): 82,573
Meta Anual de Tratamiento (MAT): 165,146
Población tratada y cobertura en primera ronda: 78,079 (95%)
Población tratada y cobertura en segunda ronda: 75,797 (92%)
Tratamientos administrados en relación con la MAT: 153,876 (93%)
Comunidades tratadas con cobertura >85%: 381 (82%)
Comunidades tratadas con cobertura < 85%: 68 (14%)
Comunidades no tratadas: 8 (2%)
Comunidades deshabitadas: 8 (2%)
Rondas de tratamiento con coberturas >85% a partir del 2001: 8

Cuadro No. 47. Foco Sur (Amazonas-Bolívar)

No. de comunidades endémicas: 115
Vectores involucrados : <i>S. guianence</i> , <i>S. oyapockense</i>
Población en riesgo: 6,320
Población elegible para tratamiento (MET): 5,069
Meta Anual de Tratamiento (MAT): 10,138
Población tratada y cobertura en primera ronda: 4,374 (86%)
Población tratada y cobertura en segunda ronda: 4,408 (87%)
Tratamientos administrados en relación con la MAT: 8,782 (87%)
Comunidades tratadas con cobertura >85%: 78 (68%)
Comunidades tratadas con cobertura < 85%: 33 (29%)
Comunidades no tratadas: 4 (3%)
Rondas de tratamiento con coberturas >85% a partir del 2001: 2

Conclusiones generales de la Sesión III:

- Por primera vez, en la primera ronda 2006, se lograron coberturas mayores al 85% en todos los focos de la región.
- El Programa mexicano, alcanzó 14 rondas de tratamiento con coberturas superiores al 85% en las comunidades sujetas al esquema de tratamiento trimestral.
- La falta de cumplimiento en el envío oportuno de la información sobre tratamiento, al finalizar el trimestre y semestre, imposibilitó a OEPA cumplir con su obligación de efectuar los reportes de tratamiento que debe generar y la producción del boletín “¿Cómo vamos en las coberturas de tratamiento?” en la primera ronda del año.
- Se informó que en algunos de los Programas de la Región hay personas que no están recibiendo tratamiento (“exclusión por parte del Programa”) o no desean ser tratados (“auto-exclusión”) con Mectizan® debido a enfermedades crónicas como artritis, cardiopatía, gastritis, diabetes, epilepsia, etc... En muchos casos la decisión de excluir estas personas ha sido tomada por personal del Programa sin formación médica para juzgar esto.
- Los criterios de exclusión establecidos por Merck, Sharp & Dohme y por el Programa de Donación de Mectizan® indican que las personas gravemente enfermas, con enfermedades agudas o crónicas, no deben ser tratadas con Mectizan®, pero los criterios no excluyen específicamente a aquellos individuos con enfermedades crónicas como las mencionadas anteriormente.

Recomendaciones Generales de la Sesión III:

- Establecer los mecanismos necesarios para mantener las coberturas superiores al 85% en todos los focos de la región.
- Los programas deben cumplir con el envío de información definitiva de coberturas a OEPA en forma oportuna, después de finalizado cada trimestre y semestre de tratamiento.
- Los Programas Nacionales, deben hacer un análisis rutinario de la información de tratamiento, especialmente en aquellas situaciones en las cuales no exista correlación entre coberturas e indicadores epidemiológicos.
- En el caso de las personas severamente enfermas, por causas agudas o crónicas, la decisión de suministrar Mectizan® debe ser tomada por personal de salud calificado.

Sesión IV: Supervisión de las actividades de tratamiento durante el 2006

Moderadora: Licda. Soledad Pérez

Relatores: M.Sc. Juan Carlos Vieira, Dr. Carlos Paz y Dra. Dilvia Samayoa

Introducción a la Sesión IV:

Ingeniera Dalila Ríos

Algunas conclusiones de IACO en años anteriores, relacionadas con el tema:

- **IACO 2003:** Considerando que en el 2003 todos los países superaron el 85% de cobertura, es importante buscar alternativas que permitan asegurar la calidad de las coberturas reportadas.
- **IACO 2004:** A pesar de que las coberturas reportadas superan el 85%, en algunos países, a través de EEP realizadas recientemente se ha detectado presencia significativa de nódulos, microfilarias en piel, y en la cámara anterior del ojo, principalmente en personas que no habían sido tratadas por diferentes razones.
- **IACO 2005:** Los datos de coberturas reportadas no reflejan por si mismos los problemas que están teniendo para lograr coberturas altas y confiables, por lo tanto, es necesario establecer sistemas de supervisión y acompañamiento a los trabajadores de campo que permitan conocer y encontrar las alternativas de solución más adecuadas.

Asimismo, como una introducción al tema, se planteó el objetivo general de la actividad de Supervisión:

- Determinar y mejorar continuamente la calidad de las actividades de medicación del Programa para la Eliminación de la Oncocercosis.

Y como objetivos específicos:

- Verificar y promover el cumplimiento de:

- a) Administración del Mectizan® de acuerdo a las definiciones operacionales establecidas (migrantes, enfermos, embarazadas, menores, ausentes, renuentes).
- b) Administración de Mectizan® ingerido por las personas.
- c) Censos completos y actualizados de acuerdo a las poblaciones reales.
- d) Registros reales y exactos de los tratamientos administrados.
- e) Soluciones recomendadas a problemas detectados en todo el proceso.

Se planteó que al menos los siguientes pasos deberán estar definidos en el Sistema de Supervisión de los Programas:

1. Selección de comunidades:

La selección de las comunidades a supervisar puede seguir los siguientes criterios:

- Aleatoriamente
- Con base a reportes internos del Programa u observaciones surgidas en el nivel local.
- Seleccionar aquellas comunidades cuyos indicadores de cobertura se mantengan por debajo de lo esperado o que hayan disminuido sus indicadores en comparación con otros años o con visitas anteriores.

2. Aplicación de formatos establecidos para la supervisión: Guía de supervisión

Contenido de la Guía de Supervisión:

A través de preguntas estructuradas, la guía deberá considerar al menos la supervisión de lo siguiente:

- a) Las actividades de medicación
- b) Croquis o mapas actualizados, que se de seguimiento a enfermos, embarazadas, ausentes o renuentes, buen registro de la información en campo, etc.
- c) Verificación de las Cifras de Población:
- d) Hacer comparaciones de cifras de poblaciones en riesgo, elegibles, renuentes, ausentes, embarazadas, renuentes, etc, entre varias rondas.
- e) Verificación de Censo:
- f) Comparativo con censos llevados por otros programas o por censos municipales, del seguro social, etc. Para asegurar que todas las personas están siendo censadas y consideradas para la medicación.
- g) Resultados de la Supervisión: Incluyendo hallazgos encontrados, recomendaciones y seguimiento a soluciones aplicadas.

3. Definir responsables de la Supervisión en los Programas:

Los responsables de supervisión operativa a ser designados por cada país podrían ser:

- a) Coordinador del Programa a Nivel Nacional
- b) Coordinador Regional, Estatal o Departamental
- c) Supervisores locales

4. Productos de la Supervisión:

- a) Problemas detectados, recomendación de soluciones, compromisos, plazos y responsables y seguimiento a la ejecución de soluciones.
- b) **Mejoramiento continuo en el accionar de los Programas de Eliminación de la Oncocercosis.**

Brasil

La presentación de Brasil fue hecha siguiendo la guía establecida por OEPA, respondiendo a las siguientes preguntas:

1. ¿Quiénes hacen la Supervisión?

- Gerente del Programa en Roraima
- Enfermeras del Distrito Sanitario Yanomami (DSY)

2. ¿Con qué frecuencia se realiza?

- Se hace un plan anual de Supervisión, más no siempre se cumple pues se depende de las horas de vuelo.

3. ¿Cómo se seleccionan las comunidades a ser supervisadas?
 - Depende de las oportunidades de transporte aéreo para las actividades del DSY.
 - Se busca dar prioridad a los polos o comunidades más problemáticos.
4. ¿Se generan reportes de supervisión?
 - Se hacen relatorías de los viajes, los cuales son dirigidos al Gerente del Programa.
5. ¿A qué niveles son dirigidos los reportes de supervisión generados?
 - Los reportes son dirigidos a la Coordinación Nacional, a la Fundación Nacional de Salud (Funasa), y a la jefa del DSY.
6. ¿Se da seguimiento a las recomendaciones, tomando acciones correctivas?
 - Se busca implementar acciones correctivas que se identifiquen como necesarias.

Algunos aspectos relevantes de la supervisión actual en Brasil son:

- a) Los formularios con información MDA son almacenados en la Gerencia de Oncocercosis.
- b) En la supervisión de campo se observa cuidadosamente el cumplimiento de todos los lineamientos del Programa.
- c) Algunas dudas u observaciones son discutidas en el DSY.
- d) Se observa que la medicina sea realmente ingerida.
- e) El inventario y control de Mectizan® es hecho por el Coordinador del Programa.
- f) El censo de la población Yanomami es centralizado en el DSY, por lo que es el único para todos los Programas.

Las comunidades son supervisadas al menos una vez, según el cuadro siguiente:

Cuadro No. 48. Esquema de supervisión de comunidades del programa de Brasil

Veces de supervisión	Comunidades
1 vez al año	68
2 veces al año	30
3 o más veces al año	10
No Supervisadas	119

Consideraciones que se tienen para la medicación efectiva:

- El Equipo del Distrito Sanitario Yanomami ha sido bien seleccionado y entrenado.
- Se tiene presencia en todas las comunidades Yanomami.
- Existe supervisión sistemática por parte de las enfermeras.
- Participación de los Agentes Indígenas de Salud.
- Se cuenta en cada lugar con al menos 1 Técnico trabajando desde hace algún tiempo.
- La población Yanomami demanda el medicamento.

- Los censos son revisados todos los meses por las enfermeras.
- Los ausentes son tratados cuando se encuentran de regreso.
- Las personas enfermas son tratadas con Mectizan® tan pronto se recuperan de su enfermedad.
- Las madres son tratadas después del nacimiento de sus bebés.
- Planeación y Control de Datos:
 - Las acciones del Programa de Eliminación de la Oncocercosis en Brasil, son hechas en conjunto con los demás acciones del DSY y Funasa.
 - Formularios apropiados para registrar la medicación.
- Control de la Medicación:
 - Control directo por parte del Gerente.
 - Enfermeras subdividen por comunidades.
 - Rendición sistemática de las cuentas.
 - Revisión del consumo de tabletas: Teórico y real.

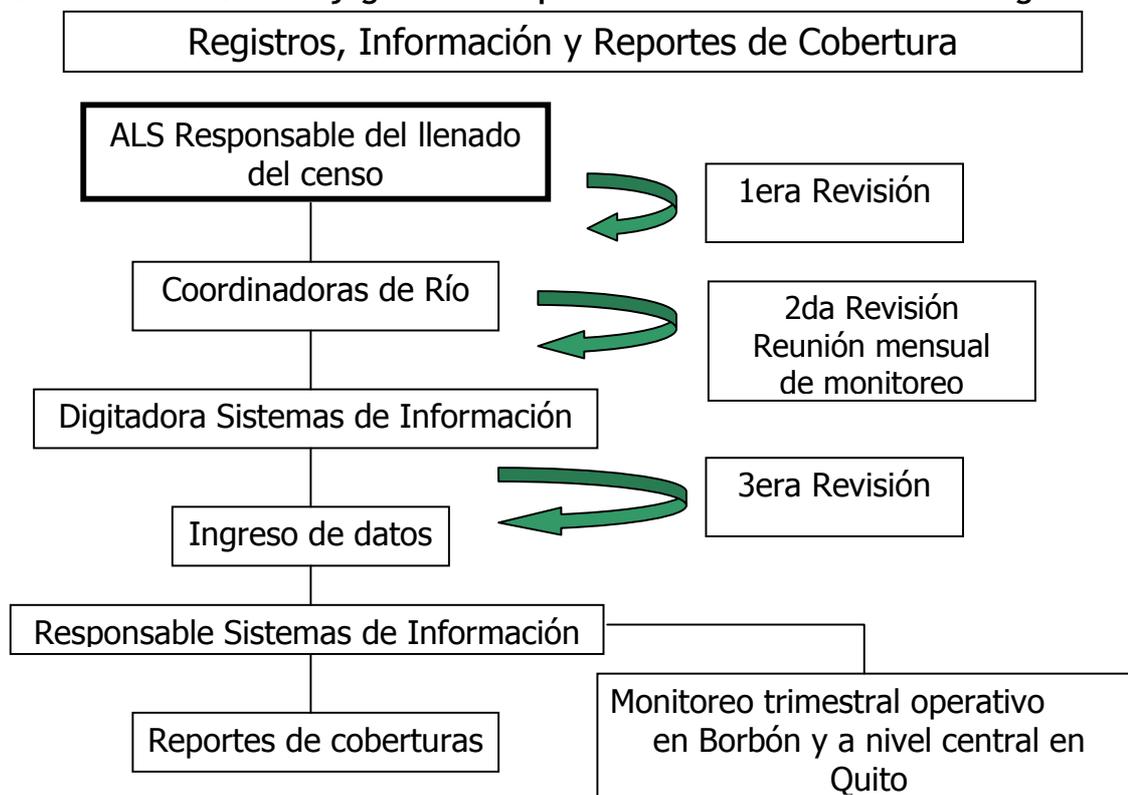
Colombia

El representante del Programa Colombiano expuso que la actividad de supervisión es llevada a cabo a nivel departamental y a través de la consultoría en Educación para la Salud que se está llevando a cabo. La supervisión es llevada a cabo, pero no de manera sistemática.

Ecuador

El Programa de Ecuador presentó el modelo de supervisión que se tiene actualmente, de acuerdo al siguiente flujograma:

Gráfico No. 16. Flujograma de supervisión de tratamiento del Programa de Ecuador



Algunos aspectos del accionar del Programa de Ecuador son:

- Se hace una capacitación anual sobre las variables que se capturan en el censo de población.
- Las coordinadoras de río acompañan a los agentes locales de salud, quienes son responsables de los censos y la distribución del Mectizan®.
- En el 2006, las coordinadoras de río visitaron solo 45 de las 119 comunidades, con el objetivo de supervisar las actividades de medicación.
- Los formularios de registro de datos en campo, se encuentran debidamente ordenados y resguardados.

Guatemala

La supervisión que llevó a cabo el Programa de Guatemala en el 2006, fue dirigida por el nivel central y fue orientada exclusivamente al Foco Central.

Cuadro No. 49. Comunidades supervisadas en el Foco Central de Guatemala durante 2006

Área	Localidades	Supervisadas			
		1 vez	2 veces	3 veces	No Supervisadas
Chimaltenango	137	21	0	0	115
Sololá	31	14	0	0	17
Suchitepéquez	155	107	28	5	15

México

Aspectos relevantes de las actividades de supervisión en el Programa mexicano:

- El estado de Oaxaca fue pionero al elaborar una guía de supervisión, en donde se tiene de manera estructurada los aspectos a considerar en la supervisión. Es esta guía que sirvió como modelo para desarrollar una recomendada por OEPA a los demás países.
- En Oaxaca, la supervisión se lleva a cabo en varios niveles de la estructura organizacional del programa.
- En el estado de Chiapas no se ha implementado el uso de la guía de supervisión y está pendiente sistematizar dicha actividad.

Venezuela

Aspectos relevantes de las actividades de supervisión en el Programa venezolano:

- En el Programa de Venezuela la supervisión la hace principalmente la Coordinación Nacional, enfocándose en las coberturas fluctuantes y en los índices de ausentes, renuentes y enfermos.
- Se verifica el seguimiento a las definiciones operacionales del Programa.
- La supervisión que se realiza es a través de entrevistas, revisión de documentos y visita a las viviendas. Se está trabajando en una guía de supervisión, la cual está en fase de validación.

Cuadro No. 50. Situación de los sistemas de supervisión en los países

	Brasil	Colombia	Ecuador	Guatemala	México**	Venezuela
Estructura	Regional Local	Regional	Central Local	Central Regional *	Regional Local	Central Regional Local
Periodicidad	Anual	Ocasional	Mensual Anual	Mensual	Mensual	No
Criterios	Polos problemáticos		Comunidades Problema	Comunidades Problema	Aleatorio Comunidades Problema	Reporte de Tratamiento
Metodología - Instrumentos (Guías)	No	No	No	Si	Si	No***
Documentación	Si	No	No	Si	Si	No
Seguimiento	Se realizan ajustes	Ocasional	Se realizan ajustes	Si se realizan ajustes	Si	No

*Implementación Reciente y solo en el Foco Central

**Solo Oaxaca

***Guía de supervisión, en validación

Conclusiones y recomendaciones de la Sesión IV

Brasil

- A través de la supervisión se consigue:
 - o Mejoría de los flujos de información.
 - o Superación de los obstáculos de organización.
 - o Se superan las diferencias socio-culturales entre profesionales de salud y usuarios de los servicios.
- Obstáculos para el buen desempeño:
 - o Dificultad de acceso a las malocas: se requiere de un espacio para aterrizaje de helicópteros.
- Realización del censo poblacional y su actualización.
- Es posible aprender mucho más de episodios de la vida real y buscar superar las dificultades.
- Un ingrediente esencial para el éxito es la capacidad propia y confrontar los desafíos con optimismo y creatividad.

Ecuador

- El Programa Nacional no ha sistematizado una supervisión de las actividades en el campo con reportes escritos.
- Sin embargo, la capacitación continua y el acompañamiento del personal técnico operativo del Programa con el equipo de facilitadores o responsables del llenado de censo y registros y de la administración del tratamiento, ha sido la forma de asegurar la calidad del desarrollo de las actividades.
- Hay que tomar en cuenta que el Programa Nacional lo constituyen un grupo pequeño de profesionales y personal de apoyo operativo de campo, para las labores políticas, administrativas, técnicas y operativas.

Guatemala

- Se realiza escasa supervisión por parte de algunas áreas y distritos de salud.
- Existe débil asistencia técnica al personal y a agentes comunitarios, por parte de las áreas y distritos de salud.
- Hay falta de monitoreo y evaluación al personal que participa en la medicación por parte de los distritos de salud.
- El personal de los distritos no hace acompañamiento a los agentes comunitarios.

México

- Cuenta con una guía de supervisión y metodología definida, sin embargo falta sistematizarlo y extender su implementación a ambos estados.

Venezuela

- No cuenta con un sistema de supervisión establecido, con una metodología, periodicidad, documentación y seguimiento definido; se hace supervisión pero no de forma sistematizada.

Conclusiones generales de la Sesión IV:

- Todos los países poseen estructura con la cual es posible desarrollar un sistema regular de supervisión.
- No existe regularidad ni criterios de selección de comunidades a supervisar bien definidos en la mayoría de los países.
- A excepción de México, los demás países no cuentan con un instrumento o guía de supervisión.
- En general no hay involucramiento de los niveles central, estatal o regional en los problemas y soluciones para con los niveles locales.
- Ninguno de los países menciona la actividad de supervisión como un procedimiento establecido como parte de las otras áreas de atención.

Recomendaciones generales de la Sesión IV

- Todos los países deben hacer funcionar sus estructuras para que hagan supervisión en los niveles central, regional y local, en forma integrada con los Programas de Salud, para implementar correctivos oportunamente.
- Es necesario estandarizar la periodicidad y los criterios de selección de las comunidades, para que al menos todas reciban supervisión con énfasis en aquellas que se mantienen como problema.
- Es urgente que todos los programas dispongan de un instrumento de supervisión, es decir una guía que permita sistematizar y documentar el proceso.
- Todos los programas deberían fortalecer el involucramiento de los niveles central y regional en los problemas y soluciones que demandan los equipos locales.
- Ninguno de los países menciona la actividad de supervisión como un procedimiento establecido como parte de las otras áreas de atención.

- La supervisión debe considerarse como parte de las buenas prácticas de los programas de atención de salud, con miras a la calidad de los resultados esperados.

Sesión V: Educación para la Salud y Participación Comunitaria

Moderador: Dr. Joao Batista

Relatores: Dr. Eduardo Catú, Licda. Carol Crovella y Dra. Anabella Batres

Introducción a la Sesión V

Licenciada Alba Lucía Morales

Los avances hacia la meta de eliminación de morbilidad ocular constituyen un logro que debe ser compartido y celebrado:

- Con y por los trabajadores de Salud que han garantizado el tratamiento semestral con altas coberturas en todas las comunidades endémicas y
- Con y por las comunidades que han padecido la enfermedad.

“Trabajadores bien entrenados y dedicados son la clave para lograr altas coberturas” ha dicho el Dr. Richard Collins y añadimos que otra clave es contar con *“Comunidades bien informadas, concientes de la importancia de la eliminación y comprometidas con el logro de esta meta”*.

Tanto con los trabajadores como con las comunidades, se han logrado notables avances en algunos países (como se verá en las presentaciones). Sin embargo, se trata en la mayoría de los casos de experiencias:

- Aisladas: en algunos países y, en algunos lugares dentro de los países.
- Coyunturales: aparecen y desaparecen de acuerdo con las circunstancias. A través de consultorías
- Sin seguimiento: No hay proceso

En consecuencia se requiere encontrar los mecanismos para:

- Asegurar el acompañamiento y apoyo tanto a los trabajadores de campo como a los Agentes Comunitarios de Salud.
- Identificar conjuntamente con estos equipos locales, las dificultades y así mismo encontrar, con ellos, las soluciones, de tal manera que la planificación nacional refleje las necesidades locales.
- Regularizar las reuniones de los Comités de seguimiento en el nivel Regional y Local. Actualmente en algunos países se hace solo la reunión Anual de Evaluación con OEPA.
- Garantizar la disponibilidad de materiales educativos adecuados para que trabajadores y ACS puedan realizar actividades educativas en las comunidades.

Recursos humanos en coordinación de educación para la salud

En el siguiente cuadro se muestran los recursos con los que cuenta cada uno de los programas nacionales para coordinar y ejecutar los planes de educación para la salud.

Cuadro No. 51. Recursos humanos asignados por cada país al componente de Educación para la Salud en 2005 y 2006

Recursos Humanos asignados a la Coordinación del Componente de Educación para la Salud del Programa de Oncocercosis, por país, 2005 -2006				
País		Programa Nacional/ designación permanente		OEPA
		Nacional	Regional	
Brasil				
Colombia				Consultoría 2004, 2005, 2006
Ecuador		Una profesional del equipo central del programa		Consultoría (1 mes) 2005
Guatemala				Consultoría 2001,2003 y 2006
México	Oaxaca			Consultoría 2001, 2004, 2005
	Chiapas			Consultoría 2001, 2004, 2005-2006
Venezuela	Norte		2 Sociólogos en el estado Sucre	
	Sur			Consultor /1 mes/ Nov 2005

Personal de salud y ACS involucrados en el Programa en cada país

Las cifras presentadas por cada programa nacional en IACO 06, se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 52. Trabajadores de salud y Agentes Comunitarios de Salud involucrados en el tratamiento en cada foco de la región

País	No. comunidades endémicas	Población elegible 2005	No. de trabajadores de salud	No de ACS (personas de la comunidad)	No. Total
Colombia	1	1,179	1		1
México - Oaxaca	98	43,585	40		40
México - Chiapas Norte	13	6,465	5		5
Ecuador	119	20,021	22	94	116
Guatemala (Foco Central)	321	94,069	227	346	573
México - Chiapas Sur	559	102,253	113	115	228
Venezuela-Nor-Oriental	465	81,098	154	398	552
Venezuela-Nor-Central	45	11,636	35	19	54
Venezuela - Sur	115	5,855	35		35
Brasil	17	7,522	130	90	220
Total			762	1,062	1,824

Ideas para fortalecer el Componente de Educación para la Salud (EPS) y Participación Comunitaria (PC) en todos los Programas:

- Lograr la designación de una persona que coordine permanentemente y de seguimiento a este componente en cada Programa Nacional: en Guatemala acaba de designarse a una profesional en esta posición.
- Establecer una Red para el Intercambio de Experiencias entre países (hasta ahora experiencias aisladas y eventuales)
- Establecer un mecanismo para integrar la información a nivel regional

Brasil

La estructura organizativa del programa es la misma que en los años anteriores:

- Gerencia Nacional en Brasíla: Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis - CGDT- / SVS)
- Gerência Regional em Roraima: Coordenação Regional da FUNASA em Roraima - CORERR-
- Comitê Assessor informal

Los 7,400 indígenas yanomami que constituyen la población en riesgo de oncocercosis están distribuidos en 17 PB y 187 malocas.

Actualmente hay **159 servidores de salud** involucrados en el tratamiento con Mectizan®:

- El 77% (123/159) son contratados por la Fundación de la Universidad de Brasilia (FUBRA) que atiende al 78% (146/187) de las malocas y al 77% de la población en riesgo;

- El 10% (17/159) son contratados por la DIOCESE que atiende el 13% de las comunidades y el 12% de la población y
- Los restantes 19 servidores, están vinculados a las demás 3 ONG´s que atienden a la población Yanomami: MNTB (8), MEVA (6) y SECOYA (5).
- Entre el 2005 y 2006 el número de profesionales pasó de 150 a 123 en medio de una grave crisis que provocó huelgas y alta rotación del personal de salud.

En esta área se cuenta con la participación de **120 Agentes Indígenas de Salud**, la mayoría de ellos en proceso de formación:

- El 78% (94/120) se encuentran en malocas atendidas por FUBRA y entre ellos solo hay una mujer. El PB donde más AIS se registran (23) es en Auris, seguido por Toototobi (11).
- El 16% (19/120) se encuentran en el Polo Base Xitei, el único atendido por la Diocese.
- El número de Agentes Indígenas de Salud aumentó de 89 en 2005 a 94 en 2006.
- La mayoría de los AIS realizan actividades de apoyo a la medicación pero no medican solos a sus comunidades ni tratan reacciones adversas.

Materiales educativos: los únicos materiales educativos sobre oncocercosis que el Programa ha utilizado es una cartilla y un cartel producidos en el contexto de una consultoría en 1998.

Las prioridades del Programa brasileño son:

- La formación de Agentes Indígenas de Salud
- La participación de los yanomami en los programas de salud.
- La capacitación de los profesionales de salud para garantizar su desempeño óptimo en la atención a la población yanomami.

*“As estrelas piscam...
a lua anda pelo céu;
os ventos acariciam os galhos
e as folhas do mato;
os pássaros gorjeiam lindos cantos
e nós yanomami andamos
pelo urihi, caçando, lutando
e cantando a nossa vontade de viver...”*

Colombia

Para el año 2004 el foco colombiano tenía las siguientes características:

- Condiciones de acceso geográfico complejas
- Un nivel de dispersión y migración que dificultaba la distribución del Mectizan
- Falta de atención por parte de los organismos del Estado a la población de Naicioná en sus necesidades básicas insatisfechas
- Una actitud apática por parte de la comunidad

Por las condiciones anteriormente descritas, el programa y OEPA notaron la necesidad de:

- Buscar mecanismos de mayor atención
- Investigar las razones de la apatía de la comunidad

- Fortalecer la organización comunitaria
- Garantizar la sostenibilidad de las coberturas de tratamiento con Mectizan®.

Por lo tanto, se inició una consultoría para:

- Brindar acompañamiento cotidiano a la comunidad
- Desarrollar un proceso de fortalecimiento comunitario
- Contribuir al mejoramiento de las coberturas de tratamiento con Mectizan

La **estructura organizativa actual del Programa** ha permitido:

- En el *nivel nacional* realizar, con el apoyo de OEPA, una reunión anual de evaluación y planificación.
- En el *nivel regional* desarrollar actividades de coordinación de los equipos de trabajo y el seguimiento a los compromisos adquiridos en la reunión nacional.
- En el *nivel local* ejecutar el plan nacional e integrar los planes de los equipos de campo.

Con relación a la organización comunitaria, al inicio de la consultoría (2004) se encontraron las siguientes problemáticas:

- Desintegración del tejido social y un alto nivel de conflictividad en el interior de las familias.
- Desconfianza entre los grupos de la comunidad
- Depresión psico-afectiva, maltrato infantil, elevado nivel de agresividad y alcoholismo
- Bajo nivel de escolaridad
- Bajo sentido de organización y participación.

En 2005:

- Se elaboró un plan participativo para la recuperación de la comunicación, la confianza y la autoestima, entre otros.
- Se identificaron las causas de la renuencia a la ingestión del Mectizan que se ha registrado ocasionalmente, se desarrollaron actividades para organizar la red de salud.
- Se conformó el comité de salud, que inició funciones con la construcción del perfil epidemiológico de la comunidad, un inventario de recursos humanos y logísticos en salud y un proceso de capacitación para el tratamiento con Mectizan.
- Se inició el montaje de granjas familiares autosostenibles para contribuir a la reconstrucción del tejido social, fortaleciendo la capacidad de organizar los propios recursos: producción agrícola, manejo especies menores, extracción maderera y minera, entre otros.

En 2006:

En el proceso de organización - participación:

- Se estableció la Asamblea General Comunitaria como el máximo organismo de decisión que planifica el trabajo comunitario, define normas y realiza veeduría.
- Se lograron consolidar varios comités de trabajo:
 - *Comité organización y administrador de recursos*: maneja los recursos económicos colectivos, las herramientas y regulan el uso de los equipos.

- *Comité de salud*: Administra los recursos de salud y se encarga del proceso salud enfermedad. Está conformado por la promotora de salud, las madres comunitarias, las parteras y los curanderos.
- *Comité de producción y seguridad alimentaria*: promueve procesos de producción agrícola (viveros colectivos y familiares), el manejo de especies menores (galpones) y la producción de abono (aboneras colectivas y familiares), entre otros.

Otros avances significativos:

- Disminución de los riesgos para el acceso geográfico a través del establecimiento de un sistema de relevo en el transporte fluvial.
- Dotación de equipos que fortalecen el proceso de educación y comunicación en salud como: planta eléctrica, televisor, VHS, DVD y se espera contar con sistemas de radiocomunicaciones.
- Estos avances mejoran la calidad de vida de la comunidad y también, las condiciones de trabajo de los equipos de campo del Programa.

Vale la pena resaltar que a través del proceso participativo se ha logrado:

- Aumentar el número de personas de la comunidad que participa en el proceso de organización comunitaria: en 2004 participaban 10 y 20 personas adultas y en el 2006 son 68 adultos los que participan.
- Que los hombres controlen el consumo de alcohol, por lo menos en los trabajos comunitarios y, durante la distribución del Mectizan.
- Avances significativos en la recuperación de la confianza de la comunidad en sí misma y en las instituciones.

Las principales estrategias que se han utilizado:

- Compartir la cotidianidad de la comunidad por largos periodos de tiempo.
- Garantizar el cumplimiento de los compromisos.
- Desarrollar planes de trabajo relacionados con:
 - Las relaciones cotidianas, individuales, familiares y colectivas.
 - La convivencia, intrafamiliar, y por grupos de edad.
 - Aprendizaje práctico
 - Estrategias de instrucción
 - Estrategias de observación
- Aplicar ejercicios como los siguientes, los cuales han permitido mejorar la comunicación, identificar los problemas y buscar las soluciones:
 - Comunicadoroscopio
 - Acerto-metro
 - Atando y desatando nudos
 - Normatividad para la organización
 - Concepto de liderazgo,
 - Manejo de la empatía, ejercicios prácticos para hacerse entender
 - Somos guarda vidas
 - Aprendiendo a manejar el conflicto: Confección de la rueda procesadora de problemas y conflictos.

- Con el acompañamiento en el nivel comunitario, hemos logrado recuperar:
 - o La esperanza
 - o La dignidad familiar y comunitaria
 - o La integración familiar y comunitaria
 - o La solidaridad y la reciprocidad
 - o El trabajo compartido

Entre el 2004 y el 2005, con el apoyo de la Dirección Departamental de Salud del Cauca y OEPA, se logró la capacitación de una promotora de salud para la comunidad de Naicioná, quien actualmente está participando en la distribución de Mectizan y realizando las demás actividades de atención primaria en la comunidad.

Con el fin de vincular otras personas al tratamiento con Mectizan, se capacitaron:

- En el río Micay (2005), 42 personas procedentes de las comunidades Naicioná (16), Nativos de Naicioná ubicados en Chuare (10) y de la cabecera municipal de López (16).
- En Buenaventura (2006), 20 promotores de salud, 7 enfermeras profesionales, un estudiante de enfermería y 2 médicos.

Los **materiales educativos** y herramientas de difusión que utiliza el programa son:

- Materiales educativos preparados en la misma comunidad:
- Cartilla el Naicionito.
- El juego de memoria.
- Imágenes de video.
- Fotografías
- Manejo con plastilina.
- Encuentros comunitarios y
- Materiales educativos enviados por OEPA.

A través del aprendizaje lúdico (dibujo, teatro, música, manejo de la plastilina, dependiendo del grupo de edad), se refuerzan ideas con la dinámica de “Para no olvidar”.

Información y comunicación: en 2005 el periódico El Tiempo (diario de circulación Nacional) publicó un artículo sobre oncocercosis en Colombia, un poco sensacionalista y con varias imprecisiones, pero logró sensibilizar de tal manera que se originaron las dos siguientes iniciativas:

- Vinculación del Plan Mundial de Alimentos (PMA) de Naciones Unidas al programa, con la distribución de 10 toneladas de alimentos para la comunidad.
- Realización con recursos del Ministerio de Cultura, de un documental sobre el Programa.

Planes para 2007

En los primeros meses de 2007 se realizará un encuentro en la comunidad, con el fin de sensibilizar y buscar alternativas frente a problemáticas de la comunidad que el equipo técnico del programa no puede resolver como:

- Mejoramiento de la infraestructura del puesto de salud.

- Mejoramiento de la infraestructura de la escuela.
- Mejoramiento del proceso educativo.
- Mejoramiento del saneamiento básico
- Mejoramiento de la accesibilidad a la localidad
- Mejoramiento de vivienda.

Dicho encuentro contará con la participación de OEPA, el equipo nacional del Programa (Instituto Nacional de Salud, - Departamento de Salud del Cauca, OPS, Programa Mundial de Alimentos, UNICEF, Alcaldía del Municipio de López de Micay y Gobernación del Departamento del Cauca.

Ecuador

Estructura organizativa

El programa ecuatoriano tiene grandes fortalezas:

- Un equipo multidisciplinario nacional Quito-Guayaquil
- Comités de coordinación por foco (Cayapas, Onzole y Santiago)
- Instancia de coordinación local liderada por la jefatura de Área de Salud de Borbón en la cual participa el personal de salud, l@s facilitador@s, Promotor@s, el equipo del programa de oncocercosis y otros proyectos de salud

En el 2006 hubo algunos cambios de personal en el equipo técnico central: Director nacional, Responsable de IEC, Responsable de Sistema de Información (La / el nueva / o aun no se contrata).

Personal de salud

El programa cuenta con la participación de **20 trabajadores de salud** (auxiliares de enfermería): 7 en Cayapas, 7 en Santiago y 3 en el Ónzole. En los focos satélites solo se cuenta con trabajador de salud en Tululví, Canandé y Sucio.

El cambio más importante en 2006 fue la ruptura entre el Vicariato Apostólico de Esmeraldas y el Área de Salud de Borbón lo cual produjo la salida de 4 funcionarios (ingresaron 3 nuevos) y obligó al Programa a reforzar la coordinación con el Área de Salud.

Base comunitaria

- El programa cuenta con la participación de 74 Agentes Locales de Salud: 28 en el Cayapas, 15 en el Santiago y 8 en el Onzole. En los focos satélites, Canandé es el que cuenta con mayor número de ALS (13).
- En todas las 119 comunidades la distribución de Mectizan se realiza con la participación de Agentes Locales de Salud.
- El 15% (11) de los ALS asumen la responsabilidad de dar tratamiento a toda la comunidad y todos dan tratamiento a ausentes, enfermos transitorios y lactantes después del día 8.

Distribución de los ALS según género

- El 61% de l@s 74 ALS son hombres.

- En focos, ríos y comunidades donde la población es Afroecuatoriana y mestiza la participación de mujeres y hombres como ALS es similar e incluso hay un poco más de mujeres.
- Entre la población Chachi en cambio, la participación de las mujeres mucho menor (de 39 promotor@s chachi solo 3 son mujeres).

Distribución de la población y de los ALS según etnia

- Los 24,844 que constituyen la población en riesgo se distribuyen de la siguiente manera, según grupo étnico: 41% chachi, 50% afro y 9% mestiza.
- El 53% (39/74) de los ALS son chachis, el 40% (30/74) son afro y el restante 7% son mestizos.
- En el Cayapas el 60% de la población es chachi mientras que en el Santiago y en el Canandé la mayor parte de la población es afro: 90% y 76% respectivamente.
- En el río Cayapas y en el Canandé se encuentra la mayor parte de ALS chachi: 17 y 11 respectivamente.
- En todos los demás focos hay al menos un ALS chachi excepto en el río Santiago donde todos los 14 ALS son afro. Los demás ALS se encuentran solo en el Cayapas (11) en el Onzole (4) y en el Tululvi (1).

Integración del tratamiento con Mectizan a la Atención Primaria en Salud

Al menos en 114 (96%) de las 119 comunidades endémicas, el tratamiento con Mectizan se integra al paquete de Atención Primaria en Salud que ofrece el Área de Salud de Borbón.

Capacitación de los recursos

- El 90% (18/20) de los trabajadores de salud y el 77% (57/74) de los ALS que participan en el programa tuvieron al menos 1 capacitación durante el 2006.

Contenido de la capacitación - aspectos claves que se están reforzando

- Eventos centinelas, se busca profundizar el análisis para un mejor seguimiento de las personas que ingresan a alguno de los eventos;
- Llenado correcto de los registros;
- Proceso de certificación de la eliminación de la oncocercosis en el Ecuador

Actividades educativas al nivel comunitario

Durante el 2006, se realizaron actividades educativas en el 40%(48/119) de las comunidades que reciben tratamiento y no se realizaron actividades educativas en escuelas.

Los **materiales educativos** y herramientas que el programa utilizó en 2006 fueron videos, papelógrafo, cartas y presentaciones en reuniones.

Los **mensajes claves** que han sido seleccionados para difundir en el nivel comunitario son:

- Modo de transmisión de la Oncocercosis
- Los problemas de salud que puede producir la Oncocercosis
- Los beneficios de la ivermectina, la importancia de la toma masiva (toda la comunidad)
- Proceso de certificación de eliminación de la Oncocercosis
- Otros no relacionados con Oncocercosis (SIDA, malaria, EDAs, salud oral)

Elementos metodológicos y técnicas relevantes:

Las capacitaciones en el 2006 fueron de manera continua, es decir, durante las visitas del personal a las comunidades se refuerzan conceptos en torno al llenado de registros, la administración del Mectizan utilizando como método el aprendizaje vivencial.

También se realiza la capacitación en momentos específicos como talleres con espacios para presentaciones, trabajos de grupo y discusión en los cuales se analizan y refuerzan temas como “eventos centinelas”, llenado de registros y el proceso de certificación de eliminación de la enfermedad.

Medios de comunicación

Se han identificado 4 radios locales/comunitarias y 3 periódicos que se escuchan y circulan en la zona endémica, pero hasta ahora ninguno de ellos ha sido utilizado para difundir información sobre el programa.

El mecanismo eje para la difusión de información y para la coordinación del programa es la **reunión de monitoreo** que se realiza en Borbón el día 22 de cada mes.

Hasta el momento no se han realizado **evaluaciones** del nivel de conocimiento de la comunidad sobre la enfermedad y el Programa para su eliminación.

Guatemala

Estructura Organizativa del Programa

Hay un Comité Nacional conformado por:

- Jefe de DRPAP (Departamento de Regulación de Programas para la Atención de las Personas)
- Coordinador Nacional de ETV (Enfermedades Transmitidas por Vectores)
- Coordinador Nacional del Sub-programa de Oncocercosis
- Directores de las 7 Áreas de Salud (nivel departamental)
- Coordinadores departamentales de ETV del Foco Central
- Un representante de las Unidades del MSPAS (UPS I, UPS II, PROEDUSA, Epidemiología, Unidad de Apoyo a los Programas)

Durante el 2006:

- Aunque se tienen previstas reuniones bimensuales, se realizaron tres: en enero, marzo y junio.
- Teniendo en cuenta la prioridad del Foco Central, en septiembre se realizó una reunión con los directores de las 3 Áreas que lo conforman.
- A nivel de Focos y Áreas de Salud no existen Comités de Seguimiento. Su conformación y puesta en marcha está pendiente.
- Como mecanismo de seguimiento de compromisos, se elaboran minutas y se realizan visitas mensuales con sus respectivos informes

Personal de Salud

Actualmente hay 207 trabajadores de salud involucrados en el tratamiento con Mectizan, de los cuales 112 (54%) se ubican en las 323 comunidades del foco central. En Chimaltenango la mayoría de los 31 trabajadores pertenecen al programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores mientras que en otras Áreas, participan también los demás miembros de los equipos de salud.

Agentes Comunitarios de Salud (ACS)

En el foco central se cuenta con la participación de 407 ACS, la mayoría de ellos -60% (246)- en el Área de Suchitepéquez.

El 53%(216) de los ACS son mujeres, pero en Sololá cuya población es mayoritariamente indígena, el 66% de los ACS son hombres.

Distribución de la población en riesgo, trabajadores y ACS según grupo étnico

- En Guatemala hay 23 grupos étnicos que se clasifican según su grupo lingüístico en:
 - Mayas (21 grupos)
 - Garífuna
 - Xinca
- Estos grupos constituyen aproximadamente el 60% de la población (las estimaciones varían entre 50% al 70%). El resto de la población es meztiza.
- En el Foco Central, hay mayor presencia de los siguientes grupos mayas: Kaqchikel, K'iche' y Tz'utujil.
- No se conoce con exactitud la distribución de los ACS según grupo étnico. En una encuesta que se está aplicando, se ha incluido esta variable, la cual se va a determinar a través del idioma.
- En general, en las áreas endémicas de oncocercosis en Guatemala, se cuenta con trabajadores y Agentes Comunitarios de Salud que tienen el mismo perfil cultural y lingüístico de la población que atienden. Por lo tanto, las barreras de cultura y de idioma se han ido superando.
- Sin embargo, es un tema que necesitamos investigar y documentar mejor para asegurar que en todas las comunidades se cuente con Trabajadores de Salud y ACS capacitados y con las características para tener una buena comunicación con la comunidad.
- En general, los Agentes Comunitarios de Salud son seleccionados por el personal de salud. Lo ideal es que las propias comunidades los seleccionaran lo que le daría mayor sostenibilidad al proceso.

Integración del tratamiento con Mectizan a las demás intervenciones de ATENCION PRIMARIA EN SALUD

En las localidades endémicas no es usual integrar el tratamiento con Mectizan a la atención primaria en salud.

Hay algunas excepciones, como el Distrito de Salud de Escuintla, donde cada ronda de medicación integra actividades como inmunizaciones, consulta médica, vacunación canina y vigilancia epidemiológica.

Características de la Participación de Agentes Comunitarios de Salud en la Medicación

- Desde 2001, se han realizado capacitaciones a grupos de ACS en cada Distrito y Área de Salud, en la mayoría de los casos, con una periodicidad anual.
- Sin embargo, en el nivel central no se tienen datos sistematizados sobre este proceso debido a que no había personal para dar el seguimiento y la supervisión respectivos.
- Una de las dificultades para mantener un buen nivel de Participación Comunitaria es la alta rotación de ACS que se da cada año en muchas comunidades, la cual se debe principalmente a:
 - Despidos de las fincas
 - Migración dentro y fuera del país

Porcentaje de comunidades CON Agentes Comunitarios de Salud participando en la medicación

En Sololá el 97% (30/31) comunidades cuenta con al menos un ACS participando en la medicación con Mectizan, en Chimaltenango el 56% (77/137) y en Suchitepéquez el 54% (84/155).

Capacitación de personal institucional involucrado en el programa

Se realizaron 3 modalidades de capacitación:

- Visitas periódicas de supervisión del nivel nacional (coordinador y asistente técnico) a los equipos de medicación en los distritos.
- Talleres de capacitación en los 2 distritos que lo solicitaron:
 - San Antonio (Suchitepéquez) donde participaron **los 21** trabajadores involucrados en el programa y
 - San Lucas Tolimán (Sololá) donde se capacitaron 19 (de 21) trabajadores involucrados en el programa.
- Capacitación “en la práctica: planificación e implementación de actividades educativas en comunidades seleccionadas

Contenido y aspectos claves de la capacitación

- *Medicación observada* (en boca antes de registrar) debido a que uno de los problemas más graves que se ha encontrado a través de la supervisión es que los tratamientos se dejan en las viviendas y se registran como administrados.
- *Conceptos a tener en cuenta en la medicación:*
 - ¿A quién clasificar como enfermo y a quien no?
 - ¿Cuándo medicar a las/los niñas/os: aplicación de cualquiera de los 3 criterios.
 - ¿Cuándo incluir a personas o familias en el censo?
 - ¿Cuándo excluir personas o familias del censo?
 - ¿Cómo registrar la información en el formulario (SIGSA)?

- Ciclo de transmisión y el proceso hacia la eliminación
- Seguimiento de casos especiales
 - Tratamiento de ausentes
 - Tratamiento de renuentes
 - Tratamiento de lactantes después de una semana postparto.

Actividades de capacitación para ACS

- En 2006 se realizaron 19 talleres de capacitación en el Foco Central en los cuales participaron 331 ACS. La mayoría (12) de los talleres se realizó en Suchitepéquez donde participaron 225 ACS.
- Este año se experimentó ir a las comunidades para capacitar a los ACS en lugar de que ellos lleguen a la cabecera municipal, es decir, “desplazarse unos pocos para capacitar a muchos”, lo cual fue muy bien recibido por los ACS y dio muy buenos resultados.

Actividades de Capacitación en las comunidades endémicas

- Del 2001 al 2005 se hizo énfasis en la capacitación de ACS y trabajadores de salud, pero pocos de ellos realizaban actividades educativas directamente en las comunidades. Por esta razón, el programa identificó la necesidad de fortalecer el trabajo a este nivel.
- A través de una consultoría, se propuso realizar intervenciones educativas en comunidades que fueran seleccionadas por cada uno de los Distritos de Salud del Foco Central.
- El objetivo era propiciar una oportunidad para que los equipos de salud y los ACS se capacitarán y se motivaran para aplicar una metodología participativa y creativa con diferentes grupos de las comunidades.

Los criterios para la selección de las comunidades fueron:

- Renuencia
- Hiper y Meso endémicas
- Bajas coberturas
- Donde no hay ACS
- Difíciles de trabajar en todos los programas
- Aisladas o poco atendidas
- Demanda de actividades por parte de la comunidad

Con cada equipo distrital, se planificaron las actividades a ser realizadas en las comunidades seleccionadas

- ¿Con qué grupos?
- ¿Cuándo?
- ¿Qué hacer?
- ¿Qué materiales utilizar?
- Contacto y coordinación con maestros, líderes, administradores de fincas, sector salud, etc. para involucrarse en las actividades
- Trabajo con diferentes grupos:
 - * Niños con participación de los profesores
 - * Madres y Padres de familia
 - * Adultos (hombres y mujeres)
 - * Líderes y maestros

Finalmente se realizaron actividades educativas en 31 comunidades seleccionadas (10% de las 323 comunidades del foco central) en las cuales participaron cerca de 2,800 personas entre niñ@s y adultos mujeres y hombres. La mayoría (71%) de los participantes fueron niños. La mitad de estas comunidades seleccionadas pertenecía a Suchitepéquez.

Con las intervenciones educativas en las 31 comunidades seleccionadas se logró:

- Motivar a los equipos de salud para incorporar este tipo de actividades educativas a su programación rutinaria.
- Los trabajadores que participaron hicieron valiosos aportes a la metodología, incluso diseñando materiales que son sencillos pero muy efectivos.
- Capacitar a los miembros de los equipos de salud en la utilización de metodología participativa, creativa, interactiva.
- Involucrar a las/los maestras/os en las actividades educativas sobre oncocercosis dirigidas a las/os niñas/os y madres y padres de familia.
- Involucrar a líderes de las comunidades y a los ACS en la realización-coordinación de las actividades educativas.
- Las comunidades tuvieron una respuesta muy positiva lo cual se reflejó en la masiva asistencia a la mayor parte de las actividades que se programaron

Preparación de las comunidades para la realización de las EEP

Como resultado de las actividades educativas que se realizaron en las comunidades a ser evaluadas, el porcentaje de personas elegibles para cada evaluación que participó fue superior al 80% para la evaluación oftalmológica en todas las comunidades. En la Estrellita por ejemplo donde apenas el 53% de las personas había participado en la evaluación oftalmológica en 2003, esta vez se logró la participación del 81%. En la evaluación parasitológica por biopsia de piel también se lograron coberturas de población examinada mayores de 69% y en el caso de La Estrellita la cobertura pasó de 21% en 1994 a 63% en 2003 y a 80% en 2006.

Materiales educativos

Trifoliar: diseñado para maestros y líderes, con sus colores y dibujos llamó la atención y gustó a toda la gente de las comunidades. Mucha gente solicitaba un ejemplar.

Volante multi-uso: pensado para repartir en las casas y en reuniones comunitarias, resultó muy útil para que los niños aprendieran pintando. Solo se sacaron copias para este propósito.

Juego “Camino a la eliminación” es un juego pintado en manta, adaptado a Guatemala o “chapinizado” de la versión original del Programa Ecuatoriano, cambiando los entornos y la simbología. En lugar de palmas y ríos, pintamos milpas y caminos. Esto muestra cuan enriquecedor puede llegar a ser el intercambio de metodologías educativas entre países.

Estrategias y métodos

- Como todas las actividades fueron planificadas de manera participativa, resultaron siendo muy diversas: concursos de pintura, piñatas, juegos y en una aldea (Quixaché, Chimaltenango) los profesores y niños optaron por una caminata. Resultó en una gran

actividad, para la cual los niños y maestros prepararon muchos materiales como pancartas, mantas, ilustraciones en muy diversos estilos.

- En Chicacao, se organizó un Foro Municipal sobre Oncocercosis que fue transmitido por la TV y la radio local.
- Una gran fortaleza fue trabajar con flexibilidad para ajustarnos a las condiciones de cada comunidad en diferentes aspectos como el horario, las preferencias, etc.
- La participación de los ACS en las actividades educativas se debería fomentar y fortalecer porque en algunos casos se contó con ella pero no tanto como hubiera sido ideal.

Reflexiones

- Una preocupación que quedó es ¿Qué hacer con los niños que no están en las escuelas?. En las fincas ocurrió frecuentemente que los niños no escolarizados eran los primeros que llegaban a las actividades.
- Qué hacer en comunidades donde es difícil lograr la participación de los adultos como sucedió en la Aldea Xejuyú (San Lucas Tolimán, Sololá) donde se trabajó muy bien con profesores y niños pero fue imposible reunir a los adultos.

México

Estructura organizativa del Programa

- Está pendiente la conformación de un Comité Nacional que le de seguimiento a los compromisos.
- Los Comités de Coordinación por Estados aunque están formados y según lo establecido, deberían reunirse mensualmente, no lo han hecho desde finales de 2005.
- En octubre 2006, después de 21 meses de estar vacante la jefatura del Departamento de Oncocercosis, fue nombrada la Dra. Graciela Peña.
- Se ha identificado la necesidad de fortalecer el seguimiento de acuerdos y compromisos con la designación de una persona responsable de este componente en el nivel estatal.

Personal de salud

- El Programa considera que las acciones en educación para la salud dirigidas al personal y a la comunidad son esenciales para alcanzar las metas de eliminación propuestas.
- El programa cuenta con 161 trabajadores: 42 en el foco Oaxaca, 115 en el foco sur de Chiapas y 4 en el foco norte. La jurisdicción VII-Tapachula (Sur de Chiapas) es la que más trabajadores tiene (79).

Agentes Comunitarios de Salud

Con relación a la participación comunitaria, se sabe que varias brigadas han logrado la vinculación de Promotores Voluntarios de las Comunidades a las actividades de medicación, especialmente de personas ausentes o renuentes, pero no se tiene información precisa. Los datos siguientes se han recogido eventualmente:

- Se cuenta con la participación de 212 ACS: el 36% (76) pertenece a la jurisdicción III-Comitán (primera jurisdicción en iniciar, en 1999, la vinculación de ACS) y el 26% (56) pertenece a la Jurisdicción IV-Villaflores.
- Todas las jurisdicciones de Chiapas (Sur y Norte) cuentan con la partición de ACS: Foco Norte (16), JVII-Tapachula (38) y J VIII- Tonalá (26).
- En Oaxaca han decidido no trabajar con ACS.

Distribución por sexo y foco de la población en riesgo y de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS)

- En el foco norte casi el 100% de la población es Tzotzil, un alto % de mujeres no habla español y todos los ACS son hombres.
- En el foco sur de Chiapas no se identifican claramente grupos étnicos en la población. El 71% (150/212) de los ACS son hombres. En las jurisdicciones III-Comitán y IV- Villaflores, también la mayoría de los ACS son hombres: 76% y 93% respectivamente.
- En Oaxaca la población endémica pertenece a diferentes grupos étnicos (mixteco, zapoteco, chinanteco), pero no se tiene información precisa.
- Queda pendiente revisar los criterios de selección e inclusión que se están aplicando en cada Jurisdicción para determinar cuál es la causa de esta mayoría.

Integración del tratamiento con Mectizan a las demás intervenciones de Atención Primaria en Salud

Las actividades no se integran con otras acciones en salud

Porcentaje de comunidades con Agentes Comunitarios de Salud participando en la medicación

- En el foco sur, 33% (187/559) de las comunidades endémicas cuentan con la participación de ACS.
- En el foco Oaxaca ninguna comunidad cuenta con ACS.

Capacitación de personal institucional involucrado en el programa

- En 2006, se realizaron 5 talleres de capacitación en los que participaron los 119 trabajadores del programa de los dos focos de Chiapas. Los talleres fueron diseñados y facilitados por el consultor de educación para la salud contratado por OEPA.
- Adicionalmente, a través del acompañamiento del consultor a las brigadas durante sus visitas a las comunidades, los trabajadores están recibiendo capacitación permanente “en servicio”, es decir, aprendiendo y haciendo.
- Actualmente cada una de las 20 brigadas de Chiapas tiene un trabajador que coordina las actividades de promoción de la salud y un buen porcentaje de los trabajadores maneja con propiedad la metodología de educación participativa.

Actividades de capacitación en las comunidades endémicas

- En México se han alcanzado importantes avances en materia de Educación para la Salud, sin embargo, precisamos de garantizar que las acciones continúen después del empuje inicial de los consultores y, asimismo, se consoliden de manera efectiva en cada uno de los focos.
- Con el acompañamiento del consultor, se realizaron actividades educativas en **16 comunidades prioritarias (de las 572 de Chiapas)**, en las cuales se trabajó con **2,800 personas** distribuidas en **70 grupos**.
- En todas las comunidades se realizaron actividades con los niños y maestros de la escuela.

Materiales educativos y herramientas de difusión

- Como resultado de la consultoría, el antropólogo Jaime Velásquez entregó un material llamado **“Guía del Promotor”** la cual describe detalladamente una serie de opciones de abordaje que puede emplear el brigadista de promoción de acuerdo a la situación que enfrenta, por ejemplo tipo de población (niños o adultos), tipo de materiales disponibles (audiovisuales o gráficos), etc. También se han utilizado las siguientes herramientas:
Pinta de murales
- Presentaciones audiovisuales
- Actividades lúdicas

Medios de comunicación disponibles y su aprovechamiento para difundir el programa

Se han empleado radiodifusoras locales para difundir las acciones del programa y varios artículos de prensa han sido publicados pero no se cuenta con registros.

Otros medios de difusión que el programa utiliza

- Carteles: 35
- Murales: 10
- Pintura en Piedras: 9
- Mantas: 5

¿A través de qué medio se está informando a la comunidad y a los equipos de salud sobre las coberturas obtenidas?

Comunidad: En las actividades de educación para la salud y mantas (Oaxaca).

Personal: Las coberturas por localidad se informan a los Jefes de Programa Jurisdiccional y estos a su vez las hacen llegar a Jefes de Sector, Jefes de Brigada y Brigadistas.

Registro de la información de educación para la salud

- Se ha iniciado el empleo de los formatos del sistema de información en Educación para la Salud, sin embargo, es necesario consolidar la implementación de este sistema en los tres focos.

Venezuela

Estructura Organizativa del Programa

El Comité Nacional de Coordinación integrado por un representante de cada una de las siguientes instituciones: Instituto de Biomedicina, CAICET, UCV - CAICET, DEAE-Ministerio de Salud y OPS-Venezuela. Durante el 2006 cambió la funcionaria que representaba al Ministerio de Salud en el Comité.

Foco Norte

Personal de Salud

Un total de 207 trabajadores de salud participan en el tratamiento con Mectizan, 31%(64) de los cuales se ubican en Sucre que tiene el 53%(269/510) de las comunidades. Los otros estados que reúnen la mayor parte del personal de salud son Anzoátegui (17%) y Monagas (26%) que a su vez conforman con Sucre, el foco Nor-oriental

Agentes Comunitarios de Salud

De los 449 ACS involucrados en el programa, el 88% (398) corresponde al foco nor-oriental y los 6 estados del foco nor-central cuentan con 51 ACS para las 45 comunidades endémicas. El estado Sucre es el que cuenta con la participación de una mayor cantidad de ACS -en promedio 1.2 ACS por comunidad- y también el número menor de personas a tratar por cada ACS -137-. Mientras tanto los otros dos estados del foco nor-oriental presentan una baja participación de ACS: Anzoátegui -0.5 ACS por comunidades y 474 personas a tratar por ACS- y Monagas -0.3 ACS por comunidad y 601 personas a tratar por ACS.

Integración a las demás intervenciones de Atención Primaria en Salud

En el foco nor-oriental la integración del tratamiento con Mectizan a los demás programas de salud primaria es baja (Anzoátegui en el 30% de sus comunidades, Monagas en el 46% y Sucre en el 33%) comparada con el foco nor-central donde la integración se da entre el 67 y el 100% de las comunidades.

Capacitación para personal institucional

En 2006 se realizaron 14 talleres para trabajadores de salud del foco norte, en 4 de los 9 estados que lo conforman: Monagas 1 taller con 12 trabajadores; Sucre 2 talleres para 16 trabajadores; Carabobo 2 talleres para 6 trabajadores y Yaracuy 5 talleres para 16 trabajadores. Estos talleres se dirigieron a personal nuevo y a actualización de los antiguos. En general, de los 207 trabajadores involucrados en el programa, el 22%(46) participaron en alguna capacitación y en los estados del foco nororiental que reúne el mayor número de comunidades y la mayor endemividad, en Anzoátegui ningún trabajador fue capacitado, en Monagas se capacitó el 23% y en Sucre el 25%.

Actividades de Capacitación para ACS

De los 449 ACS, el 8% (38) participó en los 14 talleres que se realizaron en 3 de los 9 estados endémicos: Sucre 2 talleres para 11 ACS, Carabobo 6 talleres para 18 ACS y Yaracuy 5 talleres para 9 ACS.

NOTA: Llama la atención que las capacitaciones tanto para trabajadores como para ACS hayan sido muy pocas pero además, en cada una de ellas participa un muy pequeño número de personas.

Materiales educativos y herramientas de difusión

Se utilizan afiches, trípticos, boletines y vídeos para los diferentes actores involucrados o relacionados con Programa como autoridades y trabajadores de salud, grupos comunitarios, agentes comunitarios de salud, líderes de las comunidades, profesores y escolares.

Mensajes clave seleccionados para difundir en el nivel comunitario

- Cumple con el tratamiento, elimina la Oncocercosis.
- Evita la ceguera de los ríos, cumple con el tratamiento periódicamente.
- Protege tu cuerpo utilizando ropa adecuada y repelentes.
- Evita la picadura del mosquito del café, cubre tu cuerpo.
- Forma parte de la Triada Ecológica: Comunidad Participativa, Educada y Unida al Equipo de Salud, contribuye a la Eliminación de la Oncocercosis.
- Más vale una noche de picazón que toda una vida ciega.
- La comunidad es participe en el mantenimiento de su salud

Medios utilizados para informar a la comunidad y a los equipos de salud sobre las coberturas obtenidas

- Asambleas/Reuniones comunitarias
- Asambleas/Reuniones con el equipo de salud

Evaluación

El Programa ha elaborado un protocolo para evaluar la propuesta de horizontalización de las actividades de eliminación de la oncocercosis en los equipos locales de salud y comunidades, a través de un proceso de educación para la salud como sustento para la eliminación de la oncocercosis.

Temas pendientes de desarrollar

- Necesidad de incorporar un especialista del área de promoción para la salud a la coordinación nacional del programa.
- Renovar la alianza estratégica con la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud.

Foco Sur

La formación de los Auxiliares de Medicina Yanomami (AMY) es la prioridad del programa. Los siguientes son los argumentos que justifican el por qué de esta prioridad.

- *Sustentabilidad y continuidad de la asistencia.* La formación de AMY debe garantizar la creación de un equipo de profesionales en salud que permanezca en las aldeas.
- *Mediación Social.* Los AMY actuarán como facilitadores y traductores de las rutinas de atención por tener conocimientos sobre los procesos de salud-enfermedad tanto de la cultura yanomami como de la occidental.
- *Controle Social.* El ingreso de los Yanomami al equipo de profesionales de salud del Distrito Sanitario Alto Orinoco, favorece el control social de los Yanomami sobre los recursos destinados a la asistencia.

Objetivo general

Apoyar al Pueblo Yanomami en la promoción de su salud a través de una asistencia permanente.

Objetivos específicos

- Formar 33 Auxiliares de Medicina Yanomami - AMY;
- Incorporar los 33 AMY a las actividades de asistencia del Distrito Sanitario Alto Orinoco, a través de su contratación regularizada.

Metodología

- Metodología problematizadora a partir de las demandas y prioridades de los Yanomami, es decir, el proceso de enseñanza - aprendizaje se da en el estudio de casos, valorando la construcción colectiva de conocimiento y considerando el universo sociocultural y las condiciones de infra-estructura locales.
- Aprender haciendo (en sintonía con la metodología de enseñanza y aprendizaje de los Yanomami que esta principalmente basada en la “demostración-observación”).
- Formación bilingüe con traducción de los principales conceptos para lograr un mejor entendimiento;
- Posibilitar el intercambio y la reflexión de los conocimientos y prácticas de curación entre los saberes “occidentales” y tradicionales.

Meta

Los 33 AMY están distribuidos como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 53. Auxiliares de Medicina Yanomami, Foco Sur de Venezuela

Regiones	No. de AMY	Población en riesgo
Ocamo	2	488
Alto Ocamo	2	453
Mavaca	3	693
Mavaquita	3	487
Platanal	3	435
Alto Platanal	2	445
Parima	3	1,500
Padamo	4	2,348
Koyowe	2	812
Siapa	3	2,238
Hwaximu	3	488
Mayoteri	3	129
Total	33	10,516

Perfil del AMY:

Grupo I ó áreas de cambio cultural: Ocamo, Alto Ocamo, Mavaca, Mavaquita, Platanal, Alto Platanal, Parima, Padamo y Koyowë

- Dominio de la escritura y lectura de la lengua Yanomami
- Dominio oral de la lengua castellana
- Nociones básicas de matemática
- Apoyo de la comunidad
- No tener cargo remunerado

Grupo II ó áreas remotas: Siapa, Haximu y Mayoitheri)

- Interés en trabajar como AMY
- Apoyo de la comunidad

Oficialización

Esta propuesta será sometida a los órganos competentes para el reconocimiento de la formación, probablemente utilizando la figura del Auxiliar de Medicina Simplificada.

Supuestos

- Necesidad de definición de un presupuesto específico para el Programa de Educación
- Contemplar la adquisición de microscopios, paneles solares y radios para viabilizar las condiciones de trabajo óptimas de los AMY;
- Garantizar las becas para los AMY.

Conclusiones de la Sesión V

Brasil

- La formación de Agentes Indígenas de Salud se ha identificado como fundamental para asegurar la sostenibilidad del tratamiento con ivermectina. Por tal razón, el programa debe promover y apoyar el seguimiento a la formación Agentes Indígenas de Salud (AIS).
- Producir material didáctico e informativo acorde con la realidad Yanomami.
- Diseñar un Plan de entrenamiento para profesionales de salud que ingresan al área constantemente.
- Teniendo en cuenta la crisis por la que están atravesando los servicios de atención en salud para los yanomami, se ha identificado la necesidad de realizar una consultoría en educación que responda a las necesidades señaladas anteriormente.

Colombia

- La realización de una consultoría en Educación y Participación de la Comunidad que se ha llevado a cabo por 3 años consecutivos, ha obtenido notables resultados, en términos de la participación, organización y desarrollo de la comunidad. Por lo tanto, se recomienda continuar apoyando e impulsando el desarrollo de este proceso.

Ecuador

- Se deben continuar los esfuerzos que el programa ha venido haciendo por estructurar una intervención de Información, Educación y Comunicación (IEC) acorde con la situación epidemiológica actual.

Guatemala

- Por primera vez, el programa tiene (desde junio de 2006) una persona designada para la coordinación del componente de educación para la salud.
- A través de una consultoría y en la última fase con la participación de la coordinadora de EPS, se realizaron actividades educativas en 31 comunidades endémicas prioritarias seleccionadas, se produjeron múltiples modelos de materiales educativos con los trabajadores de salud y con los ACS y en estas actividades participaron más de 3 mil personas, se realizaron talleres con personal de salud y con ACS.
- El programa debe hacer esfuerzos para continuar el desarrollo en este campo, aprovechando la experiencia acumulada. Para tal fin, se recomienda la conformación de un grupo “especial” de educación en el cual participen las personas que han tenido más interés en el tema, en los Distritos y Áreas de Salud.

México

- A través de una consultoría que inició en septiembre 2005 y terminó en noviembre 2006, se han obtenido notables avances en las intervenciones educativas y especialmente, se ha mejorado la calidad de las mismas.
- Se recomienda:

- Continuar el proceso de capacitación y acompañamiento a las brigadas en el campo, con el fin de darle continuidad al proceso de fortalecimiento del componente educativo del programa.
- Implementar un sistema de registro de las actividades educativas de tal manera que se pueda conocer la cobertura y la dimensión de la intervención.

Venezuela

Foco Sur

- La formación de Agentes Indígenas de Salud se ha identificado como fundamental para asegurar la sostenibilidad del tratamiento con ivermectina. En consecuencia se recomienda apoyar y promover la continuación del proceso de formación de los 24 AIS que ya se inició

Foco Norte

- Ha identificado la necesidad de contar con una persona calificada a nivel nacional, que sea responsable del componente de educación para la salud y participación comunitaria.

Conclusiones Generales de la Sesión V

- Regularizar las reuniones de los Comités de seguimiento en el nivel Regional y Local. Actualmente en algunos países se hace solo la reunión Anual de Evaluación con OEPA
- Asegurar el acompañamiento y apoyo tanto a los trabajadores de campo como a los Agentes Comunitarios de Salud.
- Garantizar la disponibilidad de materiales educativos adecuados para que trabajadores y ACS puedan realizar actividades educativas en las comunidades.
- Se ha identificado la necesidad de que cada programa nacional cuente con una persona calificada que coordine el componente de educación para la salud, de tal manera que se garantice el seguimiento a los procesos de educación, promoción y participación en las comunidades.
- Incluir las actividades educativas en la programación para garantizar que se lleven a cabo periódicamente tanto para personal de salud como para ACS y comunidades.
- Es necesario establecer un sistema de monitoreo permanente en las comunidades con el objetivo de validar los niveles de educación para la salud, cruzándolas con la cobertura de tratamiento y el nivel de participación de la comunidad y de esta manera, identificar oportunamente con los equipos, los problemas y las soluciones. En este sentido, se recomienda tener en cuenta la experiencia del sistema de monitoreo que están utilizando en los programas africanos.
- Que los programas promuevan:
 - Un mayor acercamiento de los equipos de salud a las comunidades, lo cual implica “estar” más tiempo allí para aprovechar los espacios educativos de los que la gente dispone.
 - La confianza de los equipos de salud en la capacidad de las comunidades.
 - La elaboración de materiales educativos preferiblemente por las propias comunidades.
 - Que los materiales educativos sean adecuados en función del nivel de escolaridad y de acuerdo con el idioma local.
 - La coordinación con el sector de educación y otros sectores gubernamentales y de la sociedad civil, con el fin de que los maestros se involucren e impulsen la educación en salud.
- Retomando la experiencia que presentó Colombia, se recomienda promover la coordinación estrecha con el programa de seguridad alimentaria y nutricional y otros programas en cada país para integrar los recursos y promover el desarrollo.

- Debido a que Guatemala y México han hecho énfasis en el desarrollo de metodologías educativas y, teniendo en cuenta, que están tan cerca (5 horas de bus) se recomienda iniciar un proceso de intercambio de experiencias y la producción de un manual que recoja los materiales y herramientas que han sido diseñados y aplicados por los equipos de salud.

Conclusiones y Recomendaciones finales de IACO 2006

Sesión I

Conclusiones

De acuerdo con los resultados de evaluaciones oftalmológicas presentadas por los programas nacionales en esta conferencia, se puede concluir que 8 de los 13 focos endémicos de oncocercosis en América cumplieron con la meta de eliminar la morbilidad ocular para 2007.

Sesión II

Conclusiones

- Los datos presentados sobre la situación actual de la transmisión en las comunidades centinelas y algunas extra-centinelas subrayan que la transmisión está interrumpida en Santa Rosa (Guatemala) y se sospecha haber sido suprimida en los focos de: Oaxaca y Chiapas Norte (México); Huehuetenango y Escuintla (Guatemala), y López de Micay (Colombia).
- Existen diferentes estados de transmisión en los focos Sur de Chiapas y Esmeraldas/Pichincha, en tanto que la transmisión continúa en los focos de Brasil, Central de Guatemala y en los 3 focos de Venezuela.
- En seguimiento a los acuerdos de la Reunión de Entomólogos celebrada en septiembre de 2006, la iniciativa regional adoptará de ahora en adelante el indicador de Tasa de Infección menos de 1/2,000 moscas para demostrar ausencia de transmisión. Los datos anteriores, los cuales habían sido obtenidos con el indicador 1/10,000 se adaptaron al nuevo indicador de 1/2,000.

Sesión III:

Conclusiones:

- Por primera vez, en la primera ronda 2006, se lograron coberturas mayores al 85% en todos los focos de la región.
- El Programa mexicano, alcanzó 14 rondas de tratamiento con coberturas superiores al 85% en las comunidades sujetas al esquema de tratamiento trimestral.
- La falta de cumplimiento en el envío oportuno de la información sobre tratamiento, al finalizar el trimestre y semestre, imposibilitó a OEPA cumplir con su obligación de efectuar los reportes de tratamiento que debe generar y la producción del boletín “¿Cómo vamos en las coberturas de tratamiento?” en la primera ronda del año.
- Se informó que en algunos de los Programas de la Región hay personas que no están recibiendo tratamiento (“exclusión por parte del Programa”) o no desean ser tratados (“auto-exclusión”) con Mectizan® debido a enfermedades crónicas como artritis, cardiopatía, gastritis, diabetes, epilepsia, etc... En muchos casos la decisión de excluir estas personas ha sido tomada por personal del Programa sin formación médica para juzgar esto.
- Los criterios de exclusión establecidos por Merck, Sharp & Dohme y por el Programa de Donación de Mectizan® indican que las personas gravemente enfermas, con enfermedades agudas o crónicas, no deben ser tratadas con Mectizan®, pero los criterios no excluyen específicamente a aquellos individuos con enfermedades crónicas como las mencionadas anteriormente.

Recomendaciones:

- Establecer los mecanismos necesarios para mantener las coberturas superiores al 85% en todos los focos de la región.
- Los programas deben cumplir con el envío de información definitiva de coberturas a OEPA en forma oportuna, después de finalizado cada trimestre y semestre de tratamiento.
- Los Programas Nacionales, deben hacer un análisis rutinario de la información de tratamiento, especialmente en aquellas situaciones en las cuales no exista correlación entre coberturas e indicadores epidemiológicos.
- En el caso de las personas severamente enfermas, por causas agudas o crónicas, la decisión de suministrar Mectizan® debe ser tomada por personal de salud calificado.

Sesión IV:

Conclusiones

- Todos los países poseen estructura con la cual es posible desarrollar un sistema regular de supervisión.
- No existe regularidad ni criterios de selección de comunidades a supervisar bien definidos en la mayoría de los países.
- A excepción de México, los demás países no cuentan con un instrumento o guía de supervisión.
- En general no hay involucramiento de los niveles central, estatal o regional en los problemas y soluciones para con los niveles locales.
- Ninguno de los países menciona la actividad de supervisión como un procedimiento establecido como parte de las otras áreas de atención.

Recomendaciones

- Todos los países deben hacer funcionar sus estructuras para que hagan supervisión en los niveles central, regional y local, en forma integrada con los Programas de Salud, para implementar correctivos oportunamente.
- Es necesario estandarizar la periodicidad y los criterios de selección de las comunidades, para que al menos todas reciban supervisión con énfasis en aquellas que se mantienen como problema.
- Es urgente que todos los programas dispongan de un instrumento de supervisión, es decir una guía que permita sistematizar y documentar el proceso.
- Todos los programas deberían fortalecer el involucramiento de los niveles central y regional en los problemas y soluciones que demandan los equipos locales.
- Ninguno de los países menciona la actividad de supervisión como un procedimiento establecido como parte de las otras áreas de atención.
- La supervisión debe considerarse como parte de las buenas prácticas de los programas de atención de salud, con miras a la calidad de los resultados esperados.

Sesión V:

Conclusiones:

- Regularizar las reuniones de los Comités de seguimiento en el nivel Regional y Local. Actualmente en algunos países se hace solo la reunión Anual de Evaluación con OEPA
- Asegurar el acompañamiento y apoyo tanto a los trabajadores de campo como a los Agentes Comunitarios de Salud.
- Garantizar la disponibilidad de materiales educativos adecuados para que trabajadores y ACS puedan realizar actividades educativas en las comunidades.
- Se ha identificado la necesidad de que cada programa nacional cuente con una persona calificada que coordine el componente de educación para la salud, de tal manera que se garantice el seguimiento a los procesos de educación, promoción y participación en las comunidades.

- Incluir las actividades educativas en la programación para garantizar que se lleven a cabo periódicamente tanto para personal de salud como para ACS y comunidades.
- Es necesario establecer un sistema de monitoreo permanente en las comunidades con el objetivo de validar los niveles de educación para la salud, cruzándolas con la cobertura de tratamiento y el nivel de participación de la comunidad y de esta manera, identificar oportunamente con los equipos, los problemas y las soluciones. En este sentido, se recomienda tener en cuenta la experiencia del sistema de monitoreo que están utilizando en los programas africanos.
- Que los programas promuevan:
 - Un mayor acercamiento de los equipos de salud a las comunidades, lo cual implica “estar” más tiempo allí para aprovechar los espacios educativos de los que la gente dispone.
 - La confianza de los equipos de salud en la capacidad de las comunidades.
 - La elaboración de materiales educativos preferiblemente por las propias comunidades.
 - Que los materiales educativos sean adecuados en función del nivel de escolaridad y de acuerdo con el idioma local.
 - La coordinación con el sector de educación y otros sectores gubernamentales y de la sociedad civil, con el fin de que los maestros se involucren e impulsen la educación en salud.
- Retomando la experiencia que presentó Colombia, se recomienda promover la coordinación estrecha con el programa de seguridad alimentaria y nutricional y otros programas en cada país para integrar los recursos y promover el desarrollo.
- Debido a que Guatemala y México han hecho énfasis en el desarrollo de metodologías educativas y, teniendo en cuenta, que están tan cerca (5 horas de bus) se recomienda iniciar un proceso de intercambio de experiencias y la producción de un manual que recoja los materiales y herramientas que han sido diseñados y aplicados por los equipos de salud.

Conferencias especiales:

“Esfuerzos para la eliminación de la oncocercosis en Uganda”, Dr. Ambrose Onapa

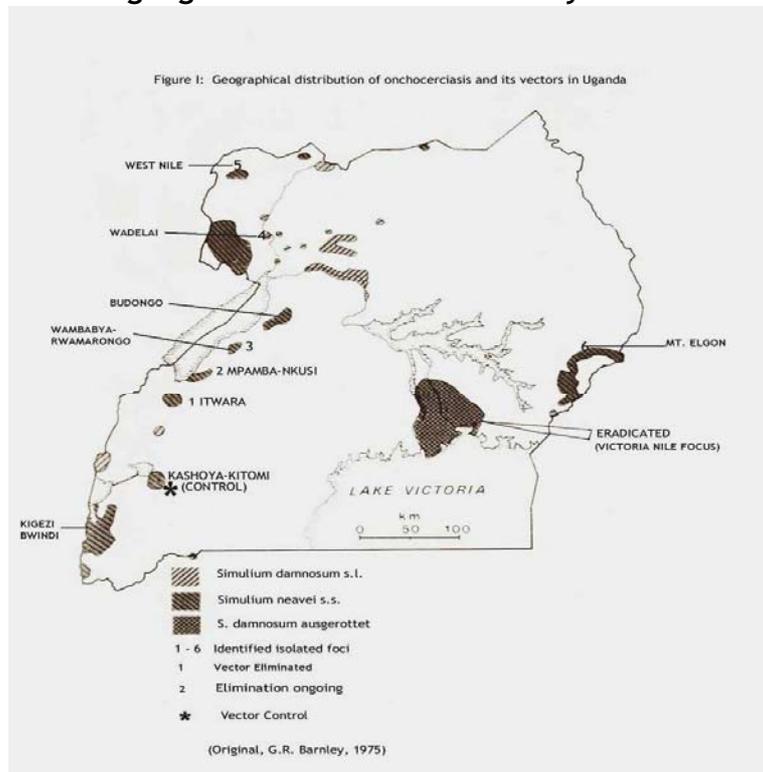
Distribución y magnitud de la oncocercosis en Uganda. La endemidad es alta y la enfermedad está ampliamente dispersa en el país, pues 21 de los 56 distritos son endémicos.

Hay 10 focos principales, casi todos a lo largo de la frontera occidental, y también hay muchos focos menores. Dos millones de personas (de los 26 millones de población del país) se encuentran en riesgo de contraer la enfermedad y un poco más de 1 millón se encuentran infectados.

La estrategia principal de control es dar tratamiento con ivermectina dirigido por la comunidad (Community Directed Treatments with Ivermectin -CDTI-), que se lleva a cabo una vez al año. Todas las zonas meso e hiperendémicas se encuentran cubiertas por CDTI. Anualmente se da tratamiento a cerca de 1.5 millones de personas.

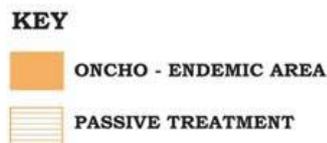
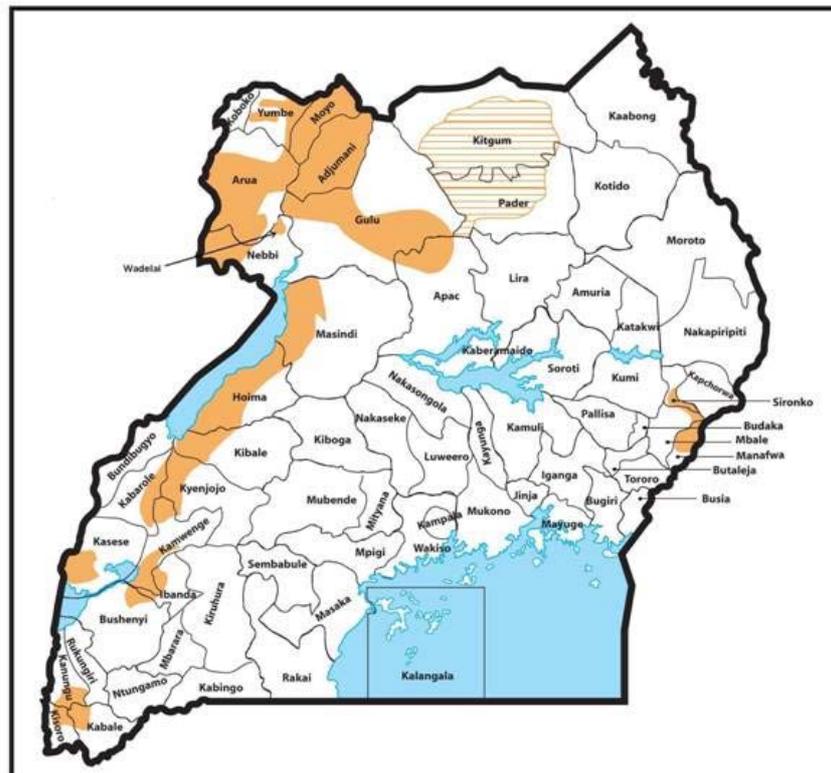
Las organizaciones que se encargan del CDTI son The Carter Center, APOC, SSI con UG, LoGs y actualmente, se está considerando cambiar la estrategia de control a la de eliminación.

Mapa No. 1: Distribución geográfica de la oncocercosis y sus vectores en Uganda



Mapa No. 2: Áreas endémicas de Uganda

ONCHO ENDEMIC AREAS OF UGANDA



Vectores: En el 80% de los focos el vector es *S. neavei* s.s. y en el 20% restante, es *S. damnosum*.

Control y eliminación vectorial en Uganda. Este ha sido uno de los primeros países en adoptar métodos de control/eliminación vectorial como estrategia para combatir la enfermedad. Se han hecho evaluaciones a gran escala a través de los años, lo que ha dado como resultado que los focos y los vectores se encuentren bien delimitados e identificados. Hay 21 focos en total, que están clasificados así:

- Pequeños y aislados: cuya meta es la eliminación, Ej.: Foco de Itawara
- Grandes y aislados: la meta es el control y la eliminación, Ej.: Foco de Mount Elgon

- No aislados: la meta es control a largo plazo, Ej.: Foco de W. Nile

En todos los focos se ha intentado implementar estrategias de control en alguna oportunidad y se han obtenido resultados variados: en algunos se ha controlado, en otros, eliminado y existen también algunos fracasos.

Mientras el control vectorial con DDT ha funcionado excepcionalmente bien en algunos casos (Ej.: Foco de Victoria Nile al centro-oriente de Uganda), no ha sido así para otros focos (Ej.: Foco de las cataratas Murchison (Kabalega)) en los que por falta de fondos se ha interrumpido esta estrategia.

En el foco de Itawara, (al oeste de Uganda), en la categoría de pequeño y aislado, se implementó desde 1991 la distribución de ivermectina y aunque la tasa de infectividad disminuyó drásticamente luego del tratamiento, también recrudesció con rapidez, al término de 3 meses. Se decidió en 1995 iniciar el tratamiento mensual de los ríos con Abate (temephos), con fondos de GTZ y APOC, y al cabo de un año las moscas habían virtualmente desaparecido. Se examinaron 20,000 cangrejos (los crustáceos tienen una asociación forética obligatoria con las larvas y pupas del vector) sin encontrarse positivos, y en 8 años no se ha capturado ninguna mosca, por lo que se asume que *S. neavei* ha sido eliminado de este foco, que se encuentra en fase de monitoreo.

En el foco de Mpamba-Nkusi, un pequeño foco de 300 km² al oeste de Uganda, se inició con control vectorial en junio y octubre de 2002, mientras CDTI había iniciado en 1993 (a la fecha), con una cobertura de 60-80% anual: las densidades de picadura de los poblados en ese foco disminuyeron de 2,804 a 161 en el más alto y de 663 a 20 en el más bajo. Resultados aun más dramáticos pueden observarse en el curso de un año en los niveles de infección mensuales, luego del tratamiento con Abate en el mismo foco.

Camino hacia la eliminación. Los tratamientos semestrales (2 veces por año) probablemente iniciarían en 2007, y por lo menos 5 focos de poco más de 700,000 personas serían los objetivos.

El Centro Carter ha ofrecido apoyo financiero para distribuir los tratamientos dos veces por año, a partir de enero de 2007. Las actividades de tratamiento estarían integradas con otros programas de salud, como el de eliminación de la Filariasis Linfática y programas SSTH, con el apoyo de USAID, lo que facilitaría la distribución del tratamiento en más focos, dos veces al año. Además, se dará prioridad a la eliminación del vector en todos los focos aislados.

Algunos retos que presentan las estrategias de control y eliminación:

- Debido a se encuentran aislados, algunos focos grandes son difíciles de tratar y el tratamiento es muy costoso (Mt. Elgon)
- La topografía de algunas áreas hace difícil el acceso a ellas (Bwindi y Mt. Elgon)
- Los parques nacionales son difíciles de evaluar para los equipos de campo, por los animales salvajes
- Hay inseguridad en algunas áreas

- El Abate es efectivo, aunque costoso y se teme que el vector desarrolle resistencia al mismo. Se necesitan insecticidas alternativos.
- Establecer un balance entre control/eliminación y conservación ambiental
- Descentralización: el poder se ha devuelto a los gobiernos locales y también hay dificultad en reclutar personal
- Asuntos inter-fronteras: Existen CDTI's en Uganda, pero algunos países vecinos no tienen este recurso
- La población vectorial se restablece con moscas de otros focos.
- Integración de los programas: se encuentran en discusión acuerdos con FL, SSTH, Malaria, TCC
- Los fondos necesarios y la logística han sido un factor limitante en el pasado, que nos hemos propuesto mejorar en 2007.

“Conceptos del uso de SIMON-a para monitorear el recrudescimiento de la enfermedad en la fase postratamiento”, Dr. John Davies

Durante la Reunión de Entomólogos celebrada en septiembre de 2006 en Guatemala, se propusieron algunos cambios al programa, que han sido implementados:

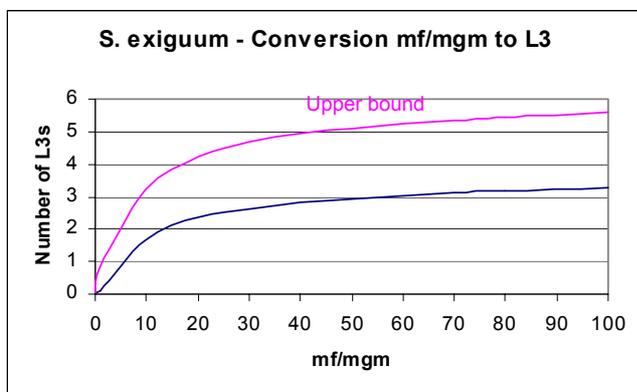
- Se incorporó la fórmula propuesta por la Dra. Basañez & colaboradores: Mf en piel en relación con larvas L₃ en las moscas para *S. exiguum* y *S. ochraceum*
- Se añadió el calculador de Potencial Anual de Transmisión PTA (aunque es muy subjetivo):
 - o $PTA = \text{Larvas L}_3 \text{ transmitidas/población} * \text{factor de ajuste (para ajustarlo a los valores observados)}$
- Se añadió una tabla de distribución por edad de las infecciones a través del tiempo

A continuación, las gráficas generadas luego de estas adaptaciones:

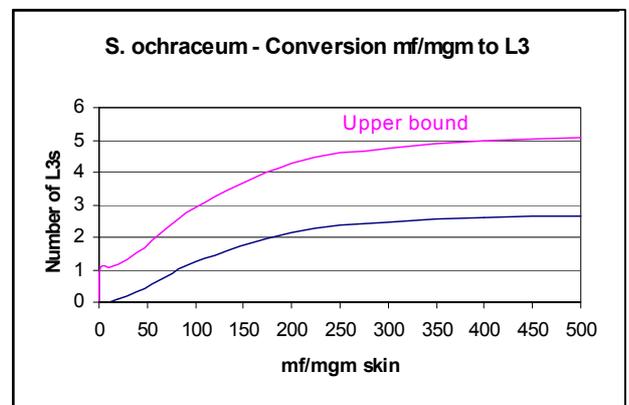
Gráfico No. 17. Fórmula Mf en piel en relación con larvas L3 en moscas

Generadas por SIMON-a

17.a

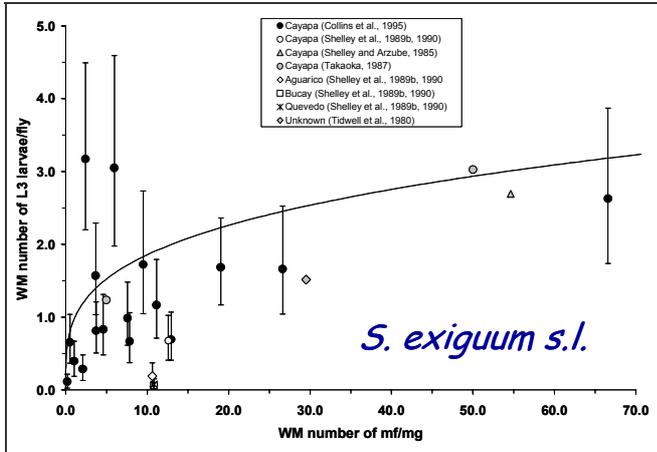


17.b

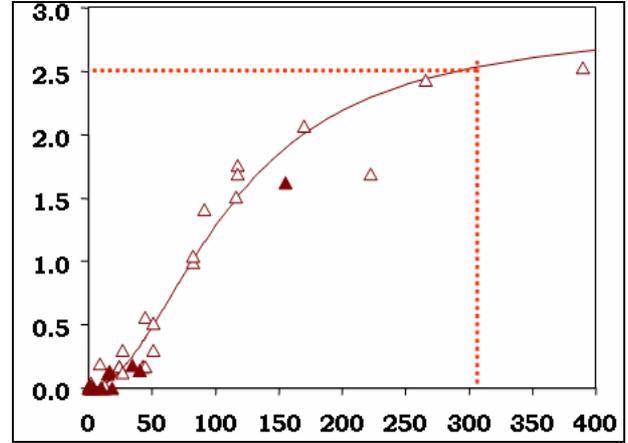


Citadas de la publicación de la Dra. Gloria Basañez:

17.c



17.d



Promedio de Mf ingeridas/mosca

Cuadro No. 53. Generado por SIMONA: Larvas en cabeza L3 provenientes de Mf en piel

Frecuencia de larvas L3 provenientes de las densidades de Mf en piel

Resultados de 1,000 pruebas

exiguum

Test of use of mf to L3 formula		Run										Mf/mgm skin		k=	0.1
exiguum														u=	1.5
L3Head	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
0	1000	231	36	8	6	4	4	8	5	3	3				
1		752	505	316	214	185	160	120	122	99	97				
2		17	448	603	615	574	571	557	529	509	467				
3		0	11	73	162	231	253	289	319	356	383				
4		0	0	0	3	6	12	26	25	33	48				
5		0	0	0	0	0	0	0	0	0	2				
6		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
7		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
8		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Totals	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	0			

ochraceum

Frequency of occurrence of L3 Head following no of mf ingested												k =		0.5	
Test of use of mf to L3 formula		Run										Mf Ingested		u =	1.5
ochraceum															
L3Head	0	20	40	60	80	100	120	140	160	180	200				
0	1000	211	17	4	0	2	0	0	0	0	0				
1		789	983	933	545	235	109	59	42	29	10				
2		0	0	63	455	743	763	656	537	478	351				
3		0	0	0	0	20	128	283	415	467	579				
4		0	0	0	0	0	0	2	6	26	60				
5		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
6		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
7		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
8		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Totals	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000			

**Cuadro No. 54. ATP* y frecuencia de edad - recientemente añadido
Las Golondrinas 2 tratamientos al año**

Cycle	ATP	0-9	10-19	20-29	30-39 Inf by Age	40-49	50-59	60+
0		16	36	54	44	32	28	5
1		21	42	60	48	34	28	6
2	293	19	41	53	52	34	26	8
3	228	22	45	55	53	36	26	8
4	171	13	38	50	48	35	25	7
5	73	13	40	51	49	35	25	7
6	39	6	30	41	40	31	24	6
7	31	7	30	41	41	31	24	6
8	23	3	20	30	33	24	23	5
9	11	3	20	31	33	25	23	5
10	5	2	14	11	19	20	20	2
11	4	2	14	11	19	20	20	2
12	4	0	9	5	9	10	11	2
13	3	0	9	5	9	10	11	2
14	2	0	3	3	2	5	7	1
15	1	0	3	3	2	5	7	1
16	1	0	2	3	0	3	3	0
17	1	0	2	3	0	3	3	0
18	1	0	2	1	1	1	1	0
19	1	0	2	1	1	1	1	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0

*Potencial Anual de Transmisión por sus siglas en inglés.

Estos cambios se han aplicado ahora a las situaciones de Colombia, Ecuador y México

- Corriente Grande, Ecuador, vector *S. exiguum*
- Naiciona, Colombia, vector *S. exiguum*
- Las Golondrinas, México, vector *S. ochraceum*

Como se muestra en los ejemplos siguientes:

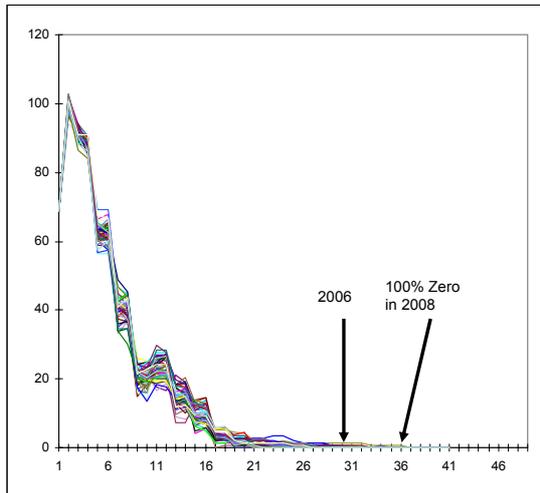
Corriente Grande, Ecuador

Gráfico No. 18. Biopsias Positivas en la comunidad de Corriente Grande, Ecuador

Biopsias Positivas

Resultados de 50 réplicas

18.a Tratamiento continuo



18.b Al detener el tratamiento en 2002

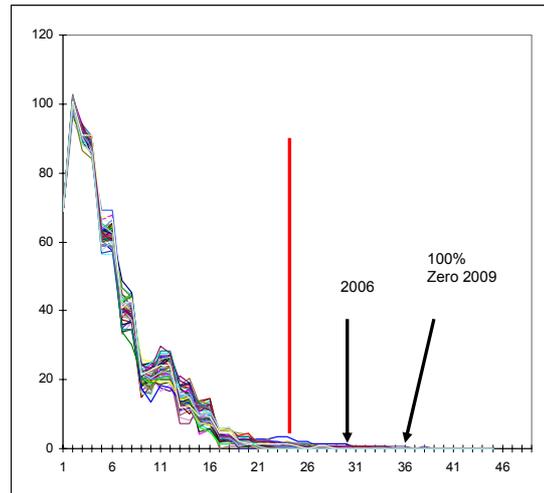
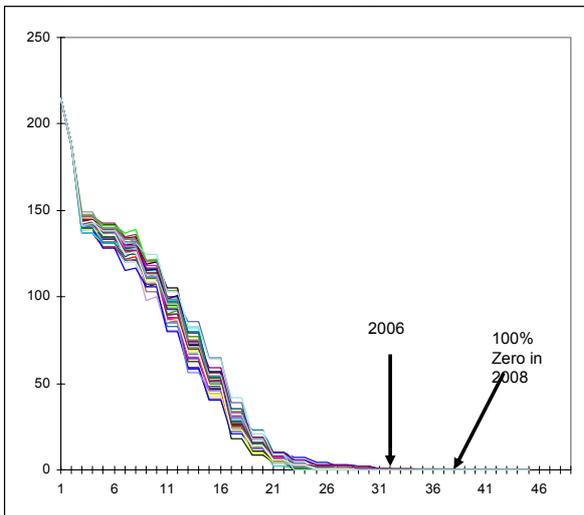


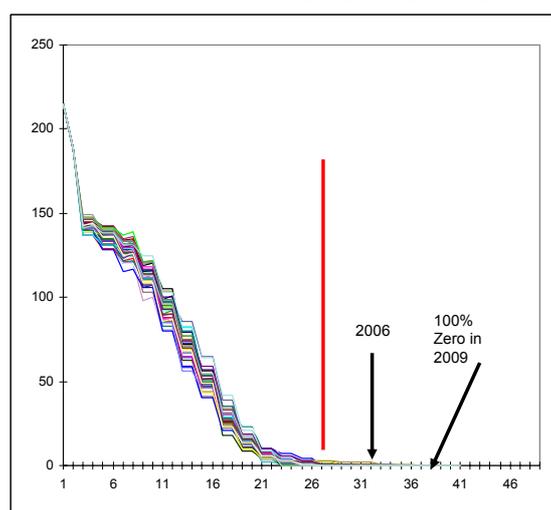
Gráfico No. 19. Número de infectados en la comunidad de Corriente Grande, Ecuador

Resultados de 50 réplicas

19.a Tratamiento continuo



19.b. Al detener el tratamiento en 2002

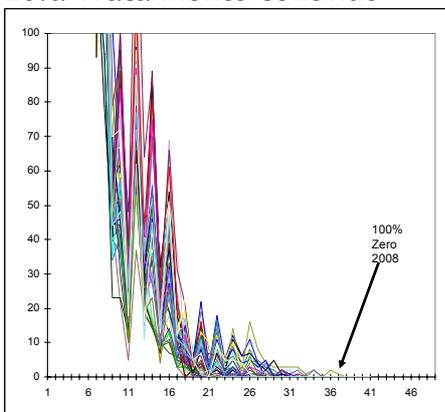


Cuadro No. 55. Distribución por edad de personas infectadas en la comunidad Corriente Grande, Ecuador
 Considerando tratamientos continuos desde 1991 a 2010
 Promedio de 50 réplicas

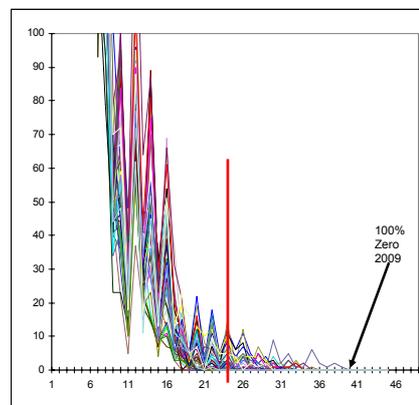
		Corriente Grande						
		Accumulate mean numbers of infected persons by Age and cycle						
Year	Cycle	0 to 9	10 to 19	20 to 29	30 to 39	40 to 49	50 to 59	60 +
1991	1	53.00	32.00	28.00	26.00	19.00	24.40	6.00
	2	46.96	31.56	23.04	11.54	14.48	14.26	0.40
	3	47.06	31.56	23.08	11.56	14.48	14.34	0.40
	4	39.62	33.32	24.78	11.06	13.00	13.38	0.98
	5	39.62	33.32	24.78	11.06	13.02	13.44	0.98
	6	33.54	33.46	25.30	9.72	12.70	11.86	1.42
	7	33.84	33.54	25.36	9.72	12.90	12.04	1.42
	8	27.06	31.94	22.44	9.84	10.38	7.58	3.42
	9	27.12	31.96	22.50	9.86	10.48	7.60	3.42
	10	20.62	27.96	17.84	10.46	7.68	6.50	2.18
1996	11	20.62	27.98	17.90	10.48	7.76	6.52	2.18
	12	13.68	21.76	13.30	9.34	6.76	5.08	0.72
	13	13.68	21.76	13.30	9.34	6.76	5.08	0.72
	14	9.14	15.08	8.64	7.38	5.52	3.20	0.76
	15	9.14	15.08	8.64	7.38	5.54	3.20	0.76
	16	4.94	8.52	4.00	5.04	2.60	2.44	0.20
	17	4.94	8.52	4.00	5.04	2.60	2.44	0.20
	18	1.76	5.30	1.68	2.78	0.90	0.94	0.84
2000	19	1.76	5.30	1.68	2.78	0.90	0.94	0.84
	20	0.14	2.72	0.74	1.20	0.66	0.50	0.38
2001	21	0.14	2.72	0.74	1.20	0.66	0.50	0.38
	22	0.00	1.06	0.26	0.64	0.44	0.10	0.12
	23	0.00	1.06	0.26	0.64	0.44	0.10	0.12
	24	0.00	0.50	0.08	0.36	0.30	0.04	0.06
	25	0.00	0.50	0.08	0.36	0.30	0.04	0.06
	26	0.00	0.22	0.02	0.16	0.14	0.02	0.00
2004	27	0.00	0.22	0.02	0.16	0.14	0.02	0.00
	28	0.00	0.10	0.00	0.06	0.04	0.00	0.00
	29	0.00	0.10	0.00	0.06	0.04	0.00	0.00
	30	0.00	0.04	0.00	0.06	0.02	0.00	0.00
2006	31	0.00	0.04	0.00	0.06	0.02	0.00	0.00
	32	0.00	0.00	0.00	0.04	0.00	0.00	0.00
2007	33	0.00	0.00	0.00	0.04	0.00	0.00	0.00
	34	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	0.00
2008	35	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	0.00
	36	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Gráfico No. 20. Transmisión de L3 en Corriente Grande, resultados de 50 réplicas

20.a Tratamiento continuo



20.b Al detener el tratamiento en 2002



Naicioná, Colombia

Tratamiento continuo
Resultados de 50 réplicas

Gráfico No. 21. Número de personas infectadas en Naicioná, Colombia

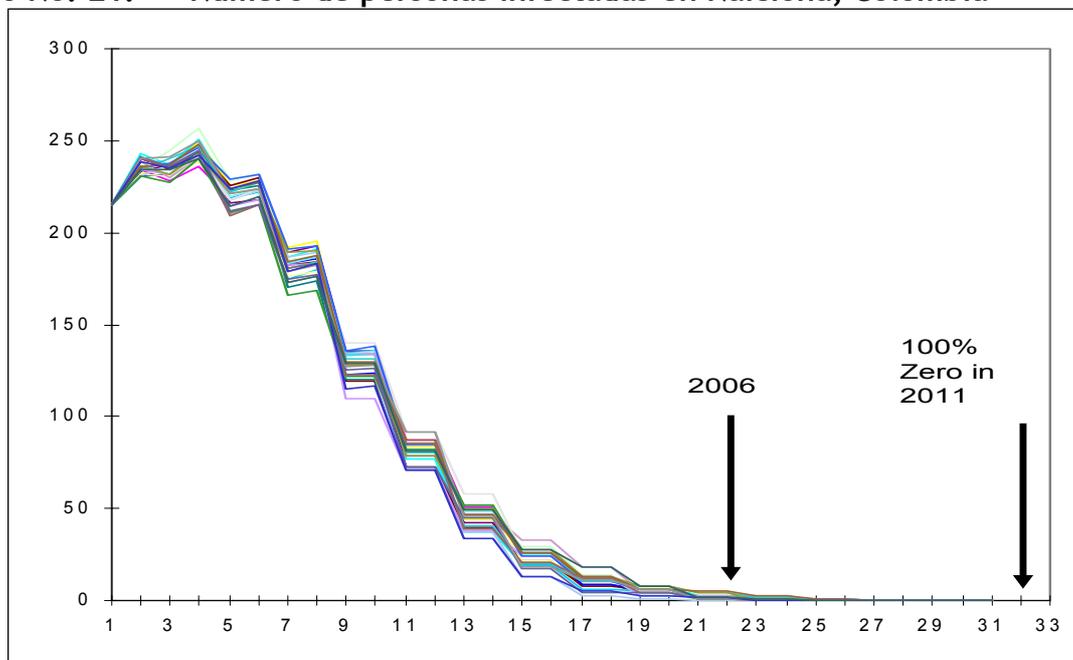


Gráfico No. 22. Larvas L3 transmitidas en Naicioná, Colombia

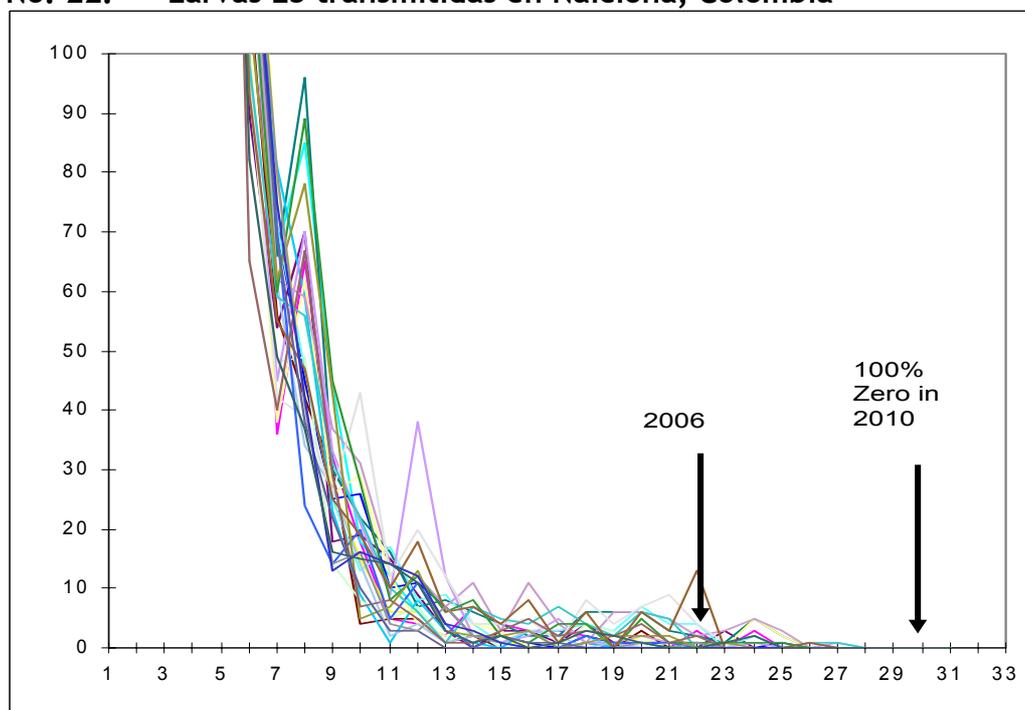
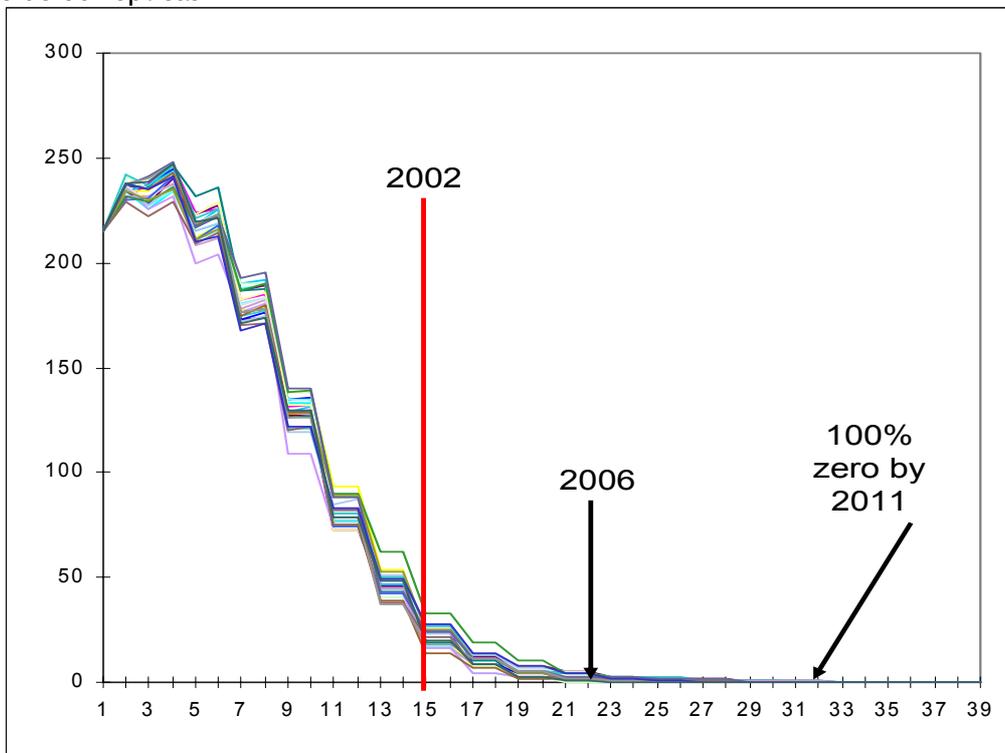


Gráfico No. 23. Número de personas infectadas en la comunidad de Naicioná, Colombia

Si el tratamiento se hubiera detenido en 2002
Resultados de 50 réplicas



Las Golondrinas, México

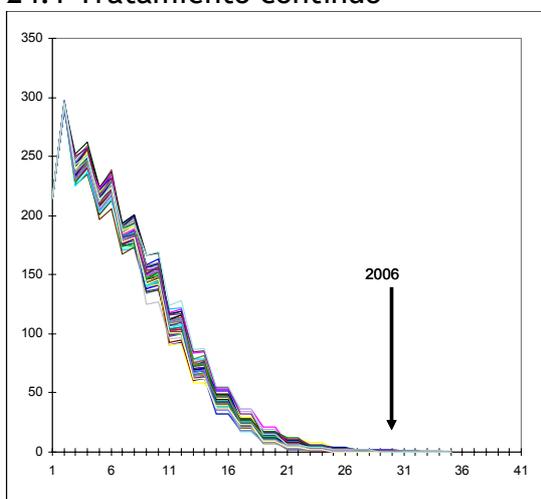
Considerando:

- 2 rondas de tratamiento al año, desde 1992 a 2004
- Nodulectomías desde 1992 hasta 2003
- Sin ajustes debido a trabajadores inmigrantes
- Vector *S.ochraceum*

Gráfico No. 24. Número de personas infectadas en la comunidad Las Golondrinas, México

Resultados de 50 réplicas

24.1 Tratamiento continuo



24.2 Al detener el tratamiento en 1998

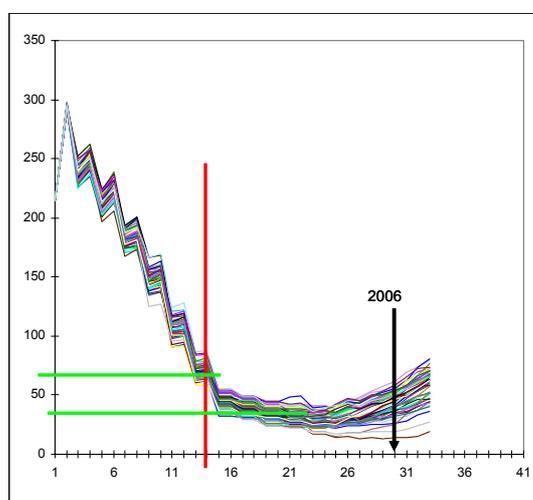
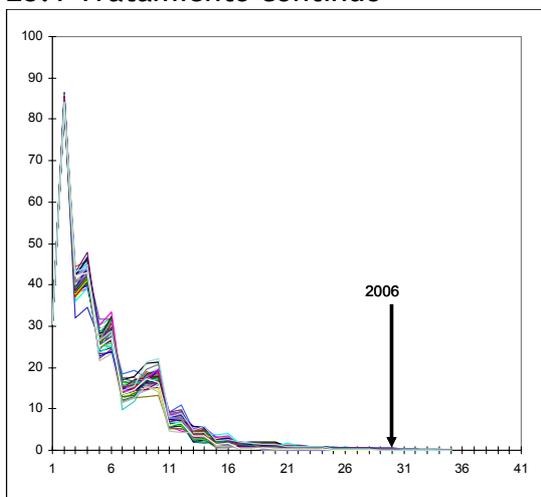


Gráfico No. 25. Biopsias positivas en la comunidad Las Golondrinas, México

Resultados de 50 réplicas

25.1 Tratamiento continuo



25.2 Al detener el tratamiento en 1998

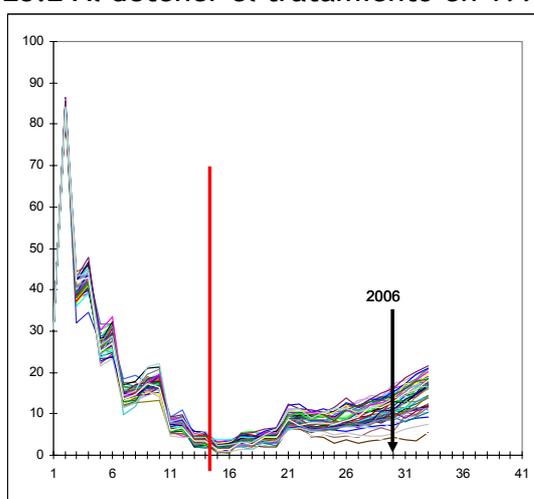
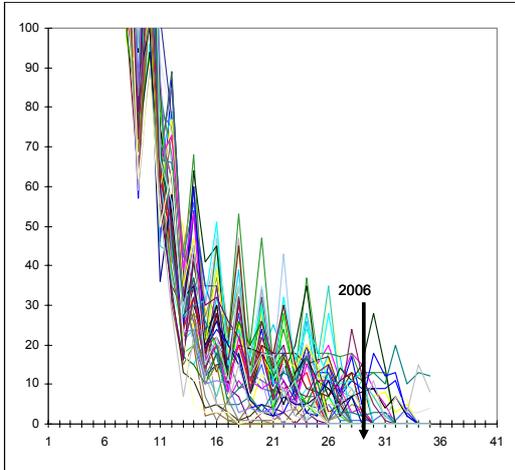
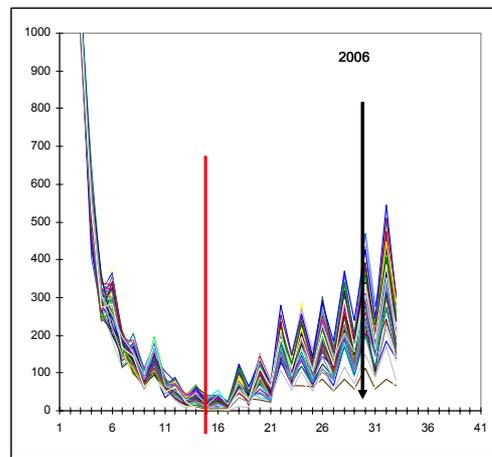


Gráfico No. 26. Transmisión de L3 en la comunidad de Las Golondrinas, México
Resultados de 50 réplicas

26.1 Tratamiento continuo



26.2 Al detener el tratamiento en 1998



Conclusiones:

1. Mientras pocos casos de personas infectadas aún persisten en las tres comunidades, las predicciones en SIMONa (utilizando las últimas curvas de conversión de mf/L₃) indican que:
 - La enfermedad ha alcanzado el punto de no retorno en Naicioná y Corriente Grande y se puede considerar la suspensión del tratamiento, con muy poco peligro de recrudescencia.
 - El caso de Las Golondrinas, deberá aplazarse hasta que se revalúe la conversión de mf/L₃ de *S.ochraceum* y se defina mejor la influencia de los trabajadores migrantes.

Modificaciones requeridas:

Se han sugerido las siguientes modificaciones al programa y he aquí algunos avances y pendientes:

- Incluir las tasas de infección en moscas
- Diseñar gráficas específicas de serología por edad
 - o ¿Bastará con la frecuencia de infección por edad?
- Disminución de IgG4 y Ov16
 - o ¿Debe hacerse por grupos de edad? ¿Si es así, el grupo deberá ser de 0 a 5 años, o más?
 - o ¿Se deberá incluir el tiempo desde la última infección?

“Reporte de la Reunión de Entomólogos celebrada en Guatemala, los días 26 y 27 de septiembre de 2006: Umbral del Potencial de Transmisión”, Dr. Eddie Cupp

Antecedentes de la reunión:

- En varios foros y discusiones había emergido la necesidad de hacer una puesta en común sobre criterios, conceptos, interpretaciones etc. del componente de entomología.
- Varios entomólogos y coordinadores de los programas habían solicitado la realización de una reunión de entomología.
- Con los avances en el proceso hacia la eliminación, se ha profundizado en la discusión de los criterios para Certificación de eliminación y se ha identificado que el criterio de menos de una mosca infectiva en 10,000 examinadas, como requisito para declarar la supresión de la transmisión era una interpretación errónea de las Guías de Certificación de la Eliminación de la Oncocercosis de la OMS.

En consecuencia, durante la reunión del Comité Coordinador del Programa (mayo, 2006) , se decidió celebrar una reunión de los entomólogos involucrados con la Iniciativa Regional.

En la reunión participaron: representantes de los 6 Programas Nacionales, miembros del PCC, miembros del equipo técnico de OEPA e invitados del CDC y expertos académicos y de campo.

Los propósitos de la reunión:

- a. Buscar uniformidad en la colección y análisis de los datos entomológicos en los 6 países que conforman OEPA, en preparación para la Certificación de la Eliminación y en particular, revisar el criterio de menos de una mosca infectiva en 10,000 examinadas.
- b. Calcular los potenciales anuales de transmisión para al menos uno de los focos de cada país
- c. Revisar y discutir las herramientas que deberán utilizarse. Ej.: PCR y PoolScreen®
- d. Revisar y discutir la información entomológica, como componente de los modelos epidemiológicos (SIMON-a)
- e. Además de los propósitos antes mencionados, la reunión sirvió para medir el grado de avance de cada uno de los programas en cuanto a cantidad, calidad y grado de organización de la información entomológica colectada a la fecha.

Conclusiones y aspectos relevantes:

- Esta Iniciativa Regional no usará más el criterio de menos de una larva infectiva por 10,000 moscas examinadas puesto que constituye una interpretación errónea de las Guías de Certificación de la Eliminación de la Oncocercosis de la OMS. El nuevo criterio a utilizar será “NO más que una larva infectiva en 2,000 moscas examinadas (1/2,000)” teniendo en cuenta que el criterio actualmente utilizado por el TDR (OMS) en África Occidental es 1 o menos de una larva infectiva en 1,000 moscas paras y

asumiendo que, en América alrededor del 50% de las moscas capturadas son paras. Sin embargo, la captura de moscas debe seguirse haciendo hasta llegar a 10,000 en donde sea posible. Asimismo se señaló que pueden aprovecharse moscas colectadas con sangre, aunque debe hacerse la separación de las mismas durante las colectas.

- Se hará énfasis en el uso del Potencial de Transmisión como uno de los Indicadores entomológicos más importantes. La obtención automatizada de los Potenciales de Transmisión, para todos los países será posible a comienzos del 2007, cuando se tenga listo la nueva versión del PoolScreen (3.0).
- Los participantes estuvieron de acuerdo en que el Potencial de Transmisión debe reducirse a una cifra entre 5 y 20, que representaría un punto en el cual la población parasitaria está desapareciendo. A este punto se le llamará Umbral de Potencial de Transmisión (UPT).
- La determinación del UTP representa un paso importante para medir el progreso de cada foco y evaluar la situación de la población parasitaria en relación al proceso de eliminación.
- Se discutieron los detalles de los procedimientos en las evaluaciones entomológicas y el grupo recomendó que se promueva la estandarización de la colecta de información y su análisis en toda la Región. Las recomendaciones más importantes estuvieron enfocadas en:
 - o Estandarizar los períodos y tiempos de captura (meses por temporada) para cada país.
 - o Reconocer que la transmisión de *O. volvulus* es estacional y por lo tanto, cada país debe identificar la temporada de mayor transmisión para programar 3 o 4 meses de colecta en esa temporada.
 - o Al reconocer que existen importantes diferencias en los hábitat y especies de los vectores en toda la región, también se recomendó que:
 - o Las colectas deben ser representativas de cada mes de la temporada de transmisión y deben hacerse a lo largo del día, por varios días cada mes.
 - o Las horas de colecta también deben adaptarse a cada especie de vector o a la zona ecológica en donde ocurre la transmisión.

Mientras se avanza hacia la obtención del UTP, también se recomendó que:

Las moscas sean procesadas por PCR, particularmente si hay una alta tasa de picadura y se capturan miles de moscas, para que puedan detectarse las L3s.

La base de datos debe registrarse por especie, para obtener el número de L3s por mosca y las tasas de picadura, estableciendo de esta manera la relación de intensidad de L3/mosca por periodo. Mientras se reduce la reserva de microfilarias debido a los

tratamientos con ivermectina, se asume que el número de L3x por mosca también se reducirá a 1 y en algún punto, caerá debajo de ese nivel.

Otros aspectos: el modelo epidemiológico SIMON-a

Las siguientes modificaciones deberán implementarse al modelo de simulación SIMON-a, para que verdaderamente sea una herramienta en la cual se puedan basar decisiones importantes para los programas y focos, como decidir que se ha alcanzado la meta de eliminación de la transmisión y que debe suspenderse el tratamiento e iniciar la fase de vigilancia epidemiológica, por lo que puntualmente se harán los cambios siguientes:

Se modificarán varios aspectos del modelo (o se le añadirán características) en un intento de hacer más precisas sus simulaciones.

SIMON-a se instalará en OEPA a inicios de 2007 y será administrado por la Ing. Dalila Ríos, Asesora en Sistemas de Información de OEPA.

También se transferirá al programa STELLA, que tiene un formato visual más fácil de usar, que promovería su uso en toda la región.

“Poolscreen® 3.0: Un Programa para calcular los Potenciales Anuales de Transmisión (PAT)”, Dr. Thomas Unnasch

Una de las recomendaciones de la reunión de entomólogos celebrada en septiembre de 2006 en Guatemala, ha sido la adaptación del Programa PoolScreen 2.0™ para calcular los Potenciales Anuales de Transmisión de cada foco y vector.

Mientras desarrollamos la nueva versión, PoolScreen 3.0, al Dr. Charles Katholi y a mí se nos han planteado interesantes interrogantes que presentamos a continuación:

¿Cual es el límite bajo el cual pueda decirse que la transmisión se ha suprimido?

Este variará de lugar en lugar, dependiendo de la eficiencia de la transmisión, que a su vez depende de la eficiencia del vector, de la densidad de picadura y de la prevalencia de la infección en humanos.

Este límite, en los lineamientos originales, se define como “ausencia o casi ausencia de larvas en estadio infectivo” en la población vectorial. Teniendo en cuenta que no es fácil medir o cuantificar la “casi ausencia”, OEPA, según lo dictaban los lineamientos entomológicos de OMS, había establecido un límite muy conservador de $<1/10,000$ moscas infectivas.

Mientras, OCP había establecido su límite en $<1/1000$ moscas paras infectivas o $1/2,000$ del total de moscas infectivas, aun cuando los vectores en esa región son abundantes y mucho más eficaces.

Problemas con el límite 1/10,000

Los algoritmos en uso para calcular la prevalencia de la infección en la población vectorial sugieren que el límite superior del intervalo de confianza del 95% para una tasa de infección de menos de 1/10,000 requeriría procesar más de 20,000 moscas.

En muchas comunidades es difícil, si no imposible, recolectar este número de moscas en una temporada debido a que las tasas de picadura son muy bajas. He aquí un ejemplo:

Información de Guatemala: Evaluación en el Foco de Santa Rosa, 2004 - 2005

“Cuatro equipos que consistían en un colector y un sebo (contratado)... quienes hacen turnos rotativos en las 8 localidades... dos veces al mes para un total de 32 días de colecta al mes, desde diciembre de 2004 hasta abril de 2005. Las colectas de moscas inician a las 8 am, por 50 minutos cada hora y continúan así hasta las 5 pm, con una hora de receso para almorzar”. Lindblade, KA et al (2006) Am. J. Trop. Med. Hyg. in press

He aquí una situación (que se repite en muchas localidades de la región) donde se colectó toda la temporada, todos los días, todas las horas con luz de día disponible, capturando todas las moscas que se podrían capturar, y solo se llegaron a capturar 2,221 *S. ochraceum*.

Aun si sumamos las 9,400 *S. metallicum* colectadas, quedaríamos muy lejos de las 20,000 moscas necesarias para asegurar que la tasa de infección es menor a 1/10,000.

Reconsiderando el paradigma de 1/10,000

No es difícil deducir de esta situación que los estándares fijados para el programa son muy poco realistas, por lo que se decidió en IACO 2005 y luego, en la Reunión de Entomólogos, que lo que realmente necesitamos ahora es concentrarnos en el historial completo de transmisión, pues la prevalencia de infección en la población vectorial representa sólo un tercio de tal historial. Y el único modo de medir con precisión la transmisión sería a través del Potencial Anual de Transmisión (PAT).

La fórmula para calcular el PAT= Tasa Anual de Picadura * por prevalencia de moscas infectivas* por el # promedio de L^3 por mosca.

Mientras que podríamos sencillamente multiplicar estos tres factores entre sí, debemos tomar en cuenta que estos son factores de observación experimental, por lo que están sujetos a errores de muestreo. Entonces, esto requerirá calcular errores de muestreo asociados con la prevalencia de la infección (95% que Poolscreen 2.0 calcula) y los asociados con los datos de colecta de moscas.

Todos estos datos se encuentran disponibles, pues son parte de la información que ya se registra durante la colecta.

Idealmente, a uno le gustaría desarrollar métodos estadísticos para calcular el Potencial de Transmisión de manera tan precisa como fuera posible, y producir el Intervalo de Confianza más ajustado posible.

Método actual para calcular las tasas de picadura

En la actualidad, se utiliza la media geométrica para calcular estos datos: Se registra la información sobre moscas colectadas durante una porción específica de tiempo de cada hora. Luego, estos datos se transforman al añadir 1 a cada colecta, tomando el logaritmo de cada valor, calculando un promedio e intervalo de confianza de los valores logarítmicos. Se calculan el antilogaritmo del promedio y el intervalo de confianza y se resta 1 de estos valores, para dar con el cálculo final.

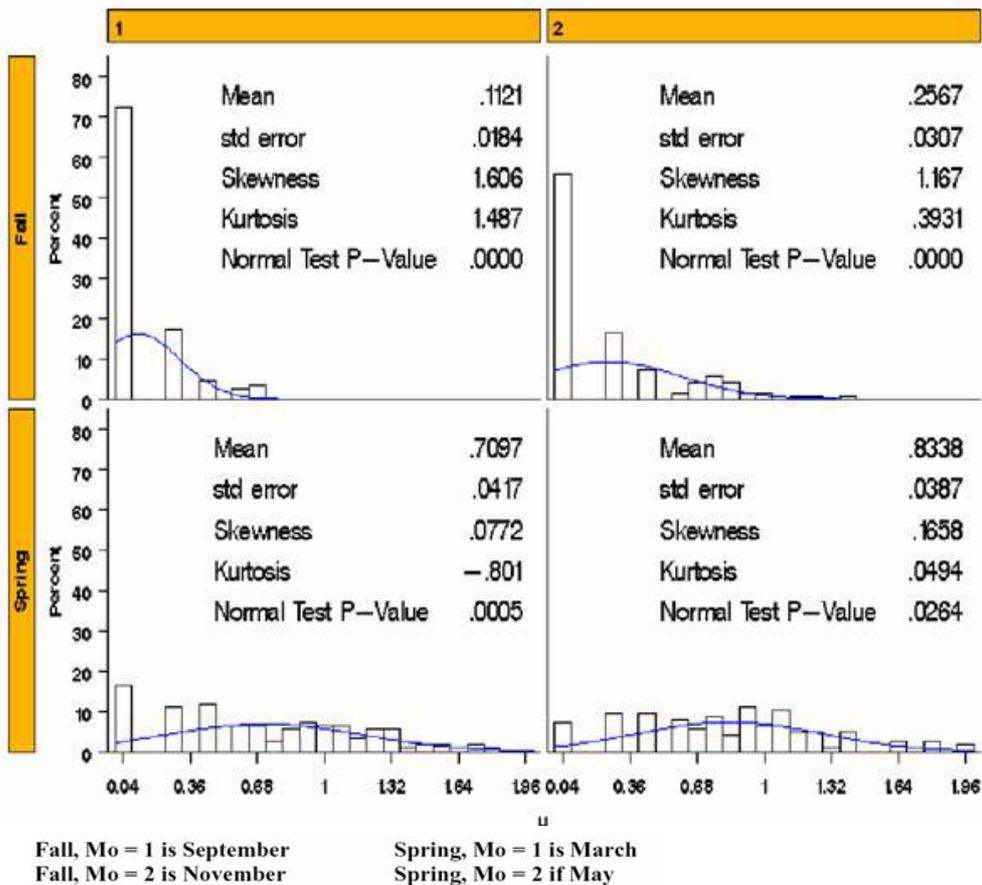
Este cálculo final se divide por la proporción de horas que representaron las colectas del total de la temporada de transmisión para obtener una tasa anual de picadura.

Se utiliza este método porque es una manera de transformar datos distribuidos de manera irregular, a una forma que tenga distribución más normal, permitiendo aplicar los métodos estadísticos estándar a los datos; lo que significa que sólo funciona al grado que los datos transformados geoméricamente producen una distribución normal.

En el siglo XXI, probablemente podamos mejorar esto, dados los avances en la estadística y el poder de las computadoras durante los últimos 70 años, así que... ¿que tan bueno es utilizar la media geométrica para nuestros propósitos?

Nos ha permitido darle un vistazo a datos reales de colectas en la comunidad El Tigre, Ecuador desde 1995-96 (que fueran amablemente provistos por JC Vieira, RC Collins, MG Basañez y colaboradores), transformar en logaritmos la información, graficar los resultados y correr pruebas de normalidad.

Si todo va bien, las curvas no serían estadísticamente diferentes de una distribución normal.

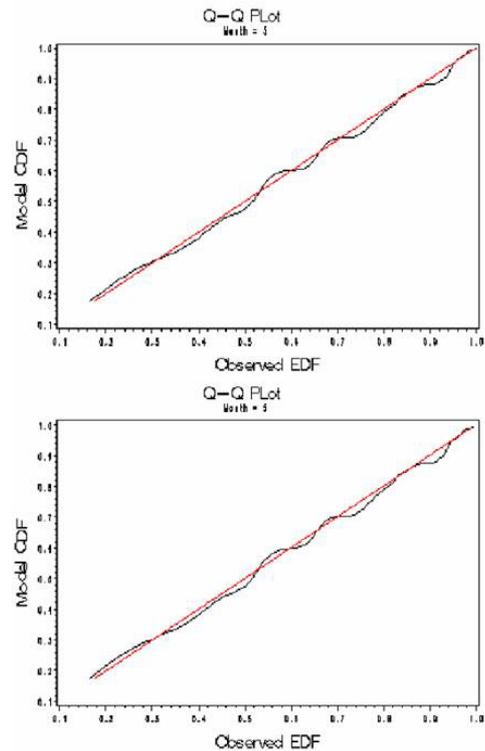
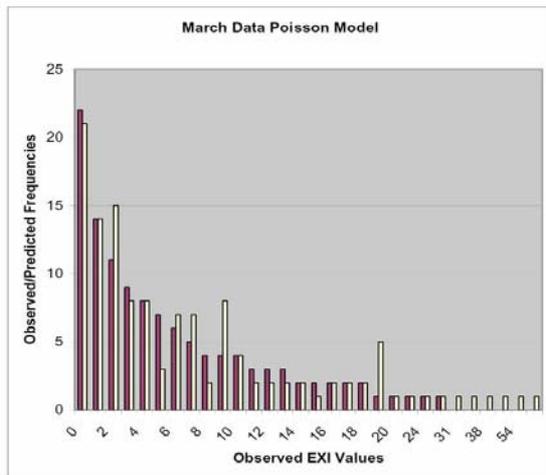


Podemos mejorar esto porque las colectas de moscas son esencialmente datos que pueden cuantificarse y el manejo de datos cuantificables ha sido explorado extensamente en la literatura estadística durante años pasados.

Un nuevo modelo para colectas de moscas

Un modelo de probabilidad estocástico (o aleatorio) basado en un proceso Poisson, cuya matemática es compleja, nos ha dado como resultado final que el modelo trabaja mejor replicando la información real, que trabajando con la media geométrica.

Los resultados de este modelo se ajustan con más precisión a las predicciones, en términos de medir lo que estamos haciendo contra lo que ha estado sucediendo.



Tendremos ahora un modo mejor de calcular la Tasa Anual de Picadura, al igual que calculamos estos intervalos de confianza: a través de la variación general del producto. Esto nos permitirá obtener la Tasa Anual de Picadura, y el Potencial Anual de Transmisión con intervalos de confianza más ajustados (aunque pueda parecer difícil al utilizar este modelo).

De aquí a Poolscreen 3.0

Se han completado los antecedentes matemáticos del programa y su codificación.

Al incluir los problemas de muestreo, hemos hallado que para minimizar la variante asociada con la ATP, es mejor maximizar tanto el tiempo de colecta y el número total de moscas colectadas y examinadas, por lo que podemos resumir lo anterior como: mientras más, mejor.

El número de moscas por cada período de colecta debe registrarse, aun si no se capturó ninguna. Si uno de los períodos no tiene moscas, debe registrarse y ese período de tiempo combinado en los registros con el próximo período en el que sí se haya colectado moscas.

Si se colectan más de 50 moscas en un período, deben dividirse en pools con un máximo de 50 en cada uno, y registrar el número por pool. Lo conveniente en este caso es que los pools ni siquiera deben tener el mismo tamaño, lo realmente importante es la cantidad de moscas colectadas en total, no la cantidad de pools.

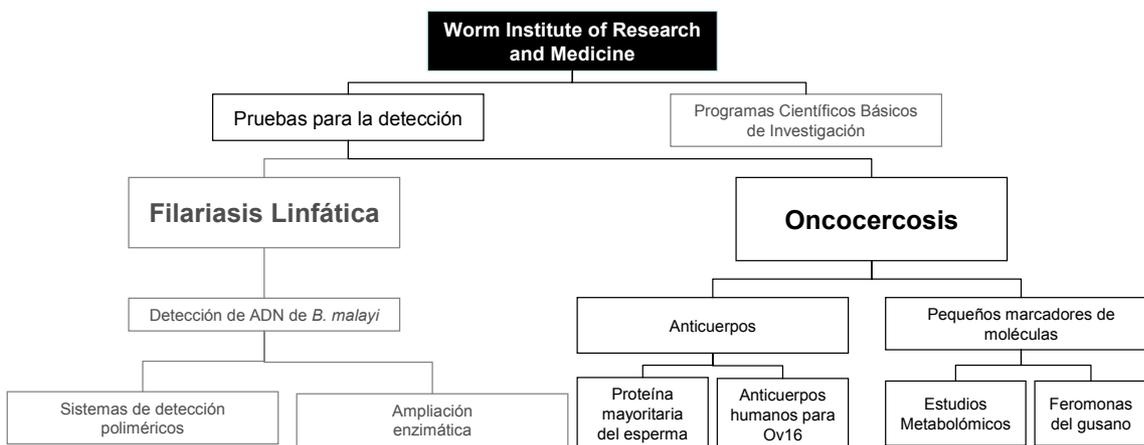
¿Cuándo estará listo PoolScreen 3.0?

Este programa todavía debe adaptarse a una plataforma más amigable con el usuario, y en la actualidad está siendo adaptado a una plataforma parecida a PoolScreen 2.0, y creemos que estará listo durante los primeros meses de 2007.

“WIRM: Esfuerzos en la investigación para identificar una prueba que detecte gusanos adultos fértiles”, Dr. Kim Janda

Hacia finales de 2006, el Sr. John Moores anunció la donación de 4 millones de dólares al Instituto para la Investigación y la Medicina de Filariasis (WIRM por sus siglas en inglés) del Instituto Scripps para la Investigación.

Estos fondos se dedicarán al desarrollo de pruebas de antígenos específicos para Filariasis Linfática y Oncocercosis.



Utilizando la tecnología de ADN recombinante, se desarrollarán antígenos para detectar la presencia de *O. volvulus*. Una de las características especiales del diseño de este antígeno incluirá la detección de gusanos adultos del parásito (además de anticuerpos IgG para Ov16, que ya era parte de las características de la prueba anterior, desarrollada por Binax, Inc.).

Esta prueba será una útil herramienta en el campo (fácil y rápida de usar), que complementará las intervenciones que la iniciativa regional lleva a cabo para monitorear el impacto del tratamiento y el avance hacia la meta de eliminación.

El estudio se encuentra en su etapa inicial de desarrollo, y tendremos noticias de los promisorios resultados en reuniones futuras.

“Reporte de viaje a comunidades de Chiapas, México, en Octubre de 2006”, Dr. Richard Collins

Propósitos

- Conocer a nivel del campo la zona endémica, y la estructura y función de las brigadas.
- Conocer la estrategia de Cuatro Rondas de Tratamiento en la Jurisdicción de Huixtla (Chiapas).
- Participantes

Participantes

- Por OEPA : Drs. Alfredo Domínguez y Richard Collins
- Por el Estado de Chiapas:
 - o Sr. José Raymundo Hernández -Jefe del programa - Huixtla
 - o Sr. Rodrigo Ramos Lepe, Auxiliar de zona Huixtla
 - o Dra. Isabel Ricoy Nango, Coord. Estatal del Programa
 - o Dr. Jorge Pastor Santiago, Jefe de Depto. de Vectores **
 - o Dr. Jorge Ricardez Esquinca, Director de Salud del Estado **
- Por Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE):
 - o Dra. María Eugenia Orozco Algarra, Coord. del Programa de Oncocercosis
 - o Tec. Vicente Reyes, Responsable de Información
 - o Dr. Miguel Ángel Lutzow, Coordinador del Programa

Estructura del Programa en Chiapas

- Pertenece a la División de Salud Pública de Estado de Chiapas, en el Departamento de Vectores
- Se realiza una reunión de evaluación y planificación anual con la participación de los dos Estados (Oaxaca y Chiapas), del Nivel Federal y de OEPA.
- Se ha intentado poner en funcionamiento dos Comités (estatal y nacional) para seguimiento y evaluación del programa, pero todavía no se logra que funcionen.
- Número total de trabajadores del Programa en el Foco Sur: 116
- 559 comunidades en riesgo, y de ser tratadas:
 - 39 = Hiper;
 - 209 = Meso;
 - 311 = Hipo-endémica;
- Pobl. en riesgo = 109,716, pobl. elegible = 102,698 (2006)
- Área endémica dividida en cinco zonas; Zona Huixtla responsable de atender 353 comunidades (63% del total).
- En 2001, 264 comunidades fueron sacadas del tratamiento por no tener transmisión.
- Hay en total 50 comunidades en el programa de 4 rondas de tratamiento; 37 hiper y 13 mesoendémicas.
- Las Brigadas están compuestas de 3 a 4 personas, con un Jefe de Brigada
- Los brigadistas trabajan de 18-20 días y descansan entre 6 y 8 días
- Las brigadas visitan cada comunidad, 4 veces cada año;
 - o 2 para dar tratamiento en masivo, y
 - o 2 para seguimiento y actualización del mapeo de casas y del censo

- Transporte por medio público (microbuses, etc.), y a pie

Comunidades visitadas

Colonia Nueva Libertad:

- Población elegible 598
- Altitud: 260 msnm
- Mesoendémica
- dos portadores de nódulos en los 4 años;
- 2 rondas
- Cobertura: mayor a 85% en los últimos 4 años

Col. Guadalupe Victoria:

- Población elegible: 446
- Altitud 160 msnm
- Mesoendémica; ningún portador de nódulo en los últimos 4 años
- 2 rondas
- Coberturas >85% durante los cuatro años

Col. Nueva América

- Población elegible 408
- Altitud 880 msnm
- Mesoendémica; 25 portadores de nódulos en los últimos 4 años
- 2 rondas
- Cobertura <85% en 2003; >85% 2004, 2005

Col. Jose Maria Morelos y Pavón

- Población elegible 321
- Altitud 1400 msnm
- Hiperendémica: 52 portadores de nódulos en los últimos 4 años
- 2 rondas
- Cobertura >85% en los últimos 4 años, con la excepción del 2004

Conclusiones y Acuerdos

- Reactivar el funcionamiento de los Comités Nacional y Estatales para Seguimiento y Evaluación, con participación de OEPA.
- Hay localidades tratadas, pero sin evidencia de transmisión activa (por ejemplo, El Remate y Guadalupe Victoria); por eso, se sugiere retomar la revisión del Inventario de Comunidades a través de criterios epidemiológicos, con el fin de parar el tratamiento en las comunidades sin transmisión. Lo anterior permitiría al Programa concentrar los esfuerzos del personal en aquellas comunidades con transmisión activa, y las que tengan el mayor grado de rechazo.
- Se considera indispensable tener certeza de que las brigadas tienen bajo tratamiento a todas localidades en riesgo de transmisión (verificación de croquis). Por lo anterior,

se sugiere efectuar un análisis geográfico de toda la zona endémica comparando los datos del programa con bases de datos del INEGI e IMSS.

- Con las intervenciones educativas realizadas hasta el momento (a través de un consultor) se ha logrado motivar a una parte de los trabajadores para trabajar mejor en sus comunidades, especialmente en actividades educativas. Se recomienda continuar con este proceso para garantizar que el entusiasmo actual se mantenga y se extienda al resto de los brigadistas.
- Desarrollar e implementar una estrategia que asegure el tratamiento de los eventuales e inmigrantes, y desarrollar un registro del lugar de origen de estas personas.
- Para la evaluación de la estrategia de 4 Rondas, se recomienda garantizar insumos y personal adicional para extracción de nódulos.
- Anotar completamente las causas por las cuales la población rechaza el tratamiento, con el fin de desarrollar estrategias en contra.
- Botiquín de primeros auxilios para cada brigada





Agenda de la XVI IACO

"La Eliminación de la Morbilidad Ocular para el año 2007: ¿Estamos preparados?"

Antigua Guatemala, 7-9 de noviembre, 2006
Salón Landívar del Porta Hotel Antigua

Martes 7 de noviembre

- 8:00 - 8:30 Entrega de credenciales y documentos
- Ceremonia inaugural:
- Homenaje póstumo a los Doctores José Rumbea Guzmán y Brian O.L. Duke
 - Palabras del Dr. Mauricio Sauerbrey, Director de OEPA
 - Palabras del Dr. Carlos (Kent) Campbell, Presidente de la Sociedad Americana de Medicina Tropical
- 8:30 - 9:00
- Palabras del Sr. Ken Gustavsen, Gerente de Donaciones Globales de Merck, Sharp & Dohme
 - Palabras del Dr. Enrique Gil, por el Dr. Joaquín Molina, representante de OPS-Guatemala
 - Palabras del Dr. Víctor Manuel Gutiérrez, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala
- 9:00 - 9:30 Toma de fotografía del grupo
- 9:30 - 9:50 1ª Conferencia: "Esfuerzos para la eliminación de la oncocercosis en Uganda", Dr. Ambrose Onapa
- 9:50 - 10:00 Preguntas y respuestas
- 10:00 - 10:30 **Receso**

Sesión I, Situación de la Morbilidad Ocular en los focos donde se realizaron evaluaciones en 2006

Moderador: Dr. Roberto Proaño **Relatores:** Dr. Miguel Lutzow, Dr. Iván Mejía,
Dra. Laura Figueroa

- 10:30 Introducción a la Sesión I, Dr. Alfredo Domínguez
- 10:40 Colombia
- 10:50 Ecuador
- 11:00 Guatemala
- 11:10 México
- 11:20 Venezuela
- 11:30 Situación del Indicador MfCA en los focos de la Región
- 11:35 Preguntas y Comentarios de las presentaciones de la Sesión I
- 11:45 **Conclusiones de la Sesión I**
- 12:00 2ª Conferencia: "Conceptos del uso de SIMON-a para monitorear el recrudescimiento de la enfermedad en la fase postratamiento", Dr. John

Davies

12:20 Preguntas y respuestas

Sesión II, Evaluaciones del Impacto del tratamiento con Mectizan®: Evaluaciones Epidemiológicas en Profundidad (EEP)

Moderador: Dr. Carlos Botto **Relatoras:** Dra. Graciela Peña, Dra. María Gloria Basañez, Dr. Herberth A. Ralda, Dr. Jogli Juracán

14:00 3ª Conferencia, “Reporte de la Reunión de Entomólogos celebrada en Guatemala, los días 26-27 de septiembre, 2006: Umbral del Potencial de Transmisión (TTP, por sus siglas en inglés), Dr. Ed Cupp

14:20 Preguntas y respuestas

14:30 Introducción a la Sesión II, Dr. Alfredo Domínguez

14:40 Ecuador

14:55 Guatemala

15:10 México

15:25 Venezuela

15:40 Preguntas y Comentarios de las presentaciones de la Sesión II

15:50 **Conclusiones de la Sesión II**

16:05 **Receso**

16:30 4ª Conferencia: “Poolscreen® 3.0: Un programa para calcular los Potenciales Anuales de Transmisión (PAT)”, Dr. Thomas Unnasch

16:50 Preguntas y respuestas

Miércoles 8 de noviembre

Sesión III, Análisis de las coberturas de Tratamiento logradas durante 2006

Moderador: Dr. Santiago Nicholls **Relatores:** Dr. Harland Schuler, Dr. Víctor Manuel Sánchez y Dr. Hugo Armas

8:30 Introducción a la Sesión III, Dr. Guillermo Zea

8:40 Brasil

8:55 Colombia

9:05 Ecuador

9:20 Guatemala

9:35	México
10:00	Venezuela
10:15	Preguntas y Comentarios de las presentaciones de la Sesión III
10:25	Receso
10:50	Conclusiones de la Sesión III
11:05	5ª Conferencia: “WIRM: Esfuerzos en la investigación para identificar una prueba que detecte gusanos adultos fértiles”, Dr. Kim Janda
11:25	Preguntas y respuestas

Sesión IV, Supervisión de las Actividades de Tratamiento durante el 2006

Moderadora: Licda. Soledad Pérez **Relatores:** Dr. Juan Carlos Vieira, Dr. Carlos Paz y Dra. Dilvia Samayoa

11:35	Introducción a la Sesión IV, Ing. Dalila Ríos
11:45	Brasil
12:00	Colombia
12:10	Ecuador
12:25	Guatemala
12:45	Venezuela
14:30	México
14:50	Reporte de viaje a comunidades de Chiapas, 29 Sept. a 4 Oct. 2006, Dr. Richard Collins
15:05	Preguntas y Comentarios de las presentaciones de la Sesión IV
15:15	Conclusiones de la Sesión III

Sesión V, Avances en el componente de Educación para la Salud y Participación Comunitaria

Moderador: Dr. Joao Batista F. Vieira **Relatores:** Dr. Eduardo Catú, Dra. Anabella Batres y Dr. Eduardo Gómez, Licda. Carol Crovella

15:30	Introducción a la Sesión V, Licda. Alba Lucía Morales
-------	---

15:40	Brasil
15:55	Colombia
16:20	Ecuador
16:35	Receso
17:00	Reunión de moderadores y relatores para redactar e incorporar las conclusiones y recomendaciones, por sesión y generales de IACO 2006

Jueves 9 de noviembre

Continuación Sesión V, Avances en el componente de Educación para la Salud y Participación Comunitaria

8:30	Guatemala
9:00	México
9:25	Venezuela
9:40	Preguntas y Comentarios de las presentaciones de la Sesión V
9:50	Receso
10:15	Conclusiones de la Sesión V
10:30	<i>Presentación y revisión de las Conclusiones y Recomendaciones finales de IACO 2006</i>
12:00	Ceremonia de Clausura de la XVI IACO

Listado de participantes a la XVI IACO

Programa de Brasil

Dr. Joao Batista Furtado Vieira
Director Nacional Programa de Oncocercosis
Gerencia Técnica de Endemias Focais, FUNASA, Brasilia

Sra. Claudete Schuertz
Cordinadora Regional del Programa de Oncocercosis en Roraima
FUNASA, Boa Vista

Programa de Colombia

Dr. Rubén Santiago Nicholls
Director Nacional Programa de Oncocercosis
Instituto Nacional de Salud, Bogotá

Dr. Iván Mejía
Coordinador Nacional Programa de Oncocercosis
Dirección Departamental de Salud del Cauca, Popayán

Programa del Ecuador

MSc. Juan Carlos Vieira
Coordinador Nacional Programa de Oncocercosis
Depto. Investigaciones Clínicas Hospital Vozandes, Quito

Programa de Guatemala

Dr. Edgar Méndez
Jefe del Departamento de Regulación de los Programas y Atención a las Personas
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Julio Castro
Coordinador Nacional del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Eduardo Catú
Coordinador Nacional Sub-Programa de Oncocercosis
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Programa de México

Dra. Graciela Patricia Peña Flores
Jefe del Departamento de Oncocercosis, Leishmaniasis y otras enfermedades
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades -CENAVECE-
Secretaría de Salud de México

Dr. Miguel Ángel Lutzow
Coordinador Nacional Programa de Oncocercosis
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades -CENAVECE-
Secretaría de Salud de México

Programa de Venezuela

Dr. Harland Schuler
Coordinador Nacional Programa de Oncocercosis
Instituto de Biomedicina, Caracas

Dr. Carlos Botto
Coordinador del Programa de Oncocercosis, Foco Sur
CAICET, Puerto Ayacucho, Amazonas

OPS

Dr. Juan Carlos Silva
Salud Visual, OPS Colombia

Licda. Soledad Pérez
AIEPI - Nutrición, OPS Venezuela

Dr. Steven Ault
Asesor Regional OPS, Washington

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala

Dr. Víctor Manuel Gutiérrez
Ministro de Salud

Dr. Jaime Gómez
Viceministro de Salud

Dr. José de León
Asesor del Ministro de Salud

Dra. Cízel Zea
Asesora del Ministro de Salud

Dra. Vilma Villatoro
Asesora del Ministro de Salud

Lic. Félix Mendizábal
Director General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud

Dr. Gustavo Martínez
SubJefe, Departamento de Desarrollo de Servicios, SIAS

Dr. Manfredo Orozco
Epidemiólogo, Depto. de Vigilancia Epidemiológica Centro Nacional de Epidemiología

Sr. Carlos Blanco
Asistente Coordinación de Programa Nacional de Oncocercosis

Licda. Carol Crovella
Asistente Educación para la Salud, Programa Nacional de Oncocercosis

Representantes de las Áreas y Distritos de Salud, Guatemala

Sr. Marco Antonio Prado
Coordinador Enfermedades Transmitidas por Vectores, Área de Salud Chimaltenango

Sr. Ángel Botzotz
Coordinador Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores,
Distrito de Salud de Acatenango, Chimaltenango

Sr. Rolando Robles
Coordinador Enfermedades Transmitidas por Vectores, Distrito de Salud Pochuta,
Chimaltenango

Sr. Mario Xiá
Coordinador Enfermedades Transmitidas por Vectores, Distrito de Salud Yepocapa,
Chimaltenango

Dra. Anabella Batres
Directora, Area de Salud Escuintla

Dra. Mirna Herrarte de Donis
Gerente de Control y Vigilancia de la Salud, Área de Salud Guatemala Sur

Sr. Ángel Rubén Morales
Coordinador Técnico de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Area de Salud Guatemala Sur

Dr. José Orlando Cano
Director Área de Salud Huehuetenango

Dr. Giovanni Castillo
Director Distrito de Salud Cuilco, Área de Salud Huehuetenango

Sra. Mirna Sosa
Técnico de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Área de Salud Huehuetenango

Dra. Mayra Monroy
Directora Distrito de Salud Pueblo Nuevo Viñas, Área de Salud Santa Rosa

Dr. José Antonio Fernández
Asesor Enfermedades Transmitidas por Vectores, Área de Salud Santa Rosa

Dr. Oliver Martínez
Director Área de Salud Sololá

Dr. Jogli Juracán
Epidemiólogo Área de Salud Sololá

Sr. Enrique Chuc
Técnico de Salud Rural, Distrito de Salud San Lucas Tolimán, Sololá

Sr. Roberto Granados
Coordinador Enfermedades Transmitidas por Vectores, Área de Salud Suchitepéquez

Sr. Alberto Gutiérrez Galicia
Supervisor de Tratamiento, Área de Salud Suchitepéquez

Sr. Estuardo Ovalle
Supervisor de Tratamiento, Área de Salud Suchitepéquez

Dr. Hugo Armas
Director Distrito de Salud Chicacao, Área de Salud Suchitepéquez

Dra. Dilvia Samayoa
Directora Distrito de Salud Patulul, Área de Salud Suchitepéquez

Sr. Ramón Montalbán
Coordinador de Enfermedades Transmitidas por Vectores,
Distrito de Salud Santa Bárbara, Área de Salud Suchitepéquez

Sr. Víctor Manuel Sánchez
Coordinador del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores,
Distrito de Salud Santa Bárbara, Área de Salud Suchitepéquez

Merck-Sharp & Dohme

Mr. Ken Gustavsen
Gerente Programa de Donación de Mectizan, New Jersey, USA

Sra. Nicole Schmidlin
Gerente Regional, San José Costa Rica

Club de Leones

Ms. Holly Becker
Coordinadora del Programa de Subvenciones, USA

Dr. Ricardo Gurgel
Ex-Presidente de Conselho, Brasil

Ing. Ramiro Peña Constante
Presidente, Consejo Gobernadores Distrito Múltiple "G", Ecuador

Dr. Libardo Bastidas Passos
Ex Director International, Popayán, Colombia

Dr. Florencio Cabrera Coello
Asesor del Programa Sight First, México

Carlos Samuel Arévalo
Ex Gobernador Distrito D3, Guatemala

Sra. Lilia Valencia
Gobernadora 2004-5, Distrito E-3, Caracas

Mectizan® Donation Program

Dr. Mary Alleman
Directora Asociada, Decatur GA, USA

CDC

Dr. Mark Eberhard
Director de División, CDC, DPD, Atlanta

Dr. Robert Klein
Director, CDC/CAP, Guatemala

Dra. Kimberly Lindblade
Epidemióloga, CDC/CAP, Guatemala

Licda. Nancy Cruz
Investigadora CDC/CAP, Guatemala

Conferencistas invitados

Dr. Richard C. Collins
Consultor y Experto Entomólogo, Universidad de Arizona

Dr. Thomas Unnasch
Profesor Asociado de la Universidad de Birmingham, Alabama

Dr. Ambrose Onapa
Secretario Programa Nacional de Oncocercosis, Uganda

Dr. John Davies
Consultor en Sistemas de información, SIMON-a, Londres

Dr. Kim Janda
Profesor, Departamento de Química, The Scripps Research Institute, California

Invitados especiales

Dr. Carlos Campbell
Presidente, Sociedad Americana de Higiene, Estados Unidos

Ms. Jess Gersky
Directora Ejecutiva, Pan American Health and Education Foundation, Washington

Licda. Katherine de Acevedo
Consultora en Educación para la Salud, OEPA

Srita. Hannah Park
Directora de Proyectos Especiales, JMI, Inc., Estados Unidos

Dr. Dennis K. W. Lwamafa
Comisionado de Salud de Uganda

Centro Carter

Dr. Donald Hopkins
Director Ejecutivo Asociado, Programa Ceguera de los Ríos

Dr. Frank Richards
Director Técnico del Programa Ceguera de los Ríos, Centro Carter
Representante del Centro Carter en el PCC

Sr. Craig Withers
Director de Apoyo a los Programas de Salud

Dr. Moses Katarwa
Epidemiólogo, Programa Ceguera de los Ríos

Sra. Lindsay Rakers
Coordinadora de Desarrollo de Programas

Comité Coordinador del Programa (PCC)

Dr. Roberto Proaño
Oftalmólogo
Experto independiente del PCC

Dr. Eddie Cupp
Profesor de la Universidad de Auburn
Experto independiente del PCC

Dr. Maria Gloria Basañez
Senior Lecturer and MSc Course Organiser
Imperial College London
Experta independiente del PCC

OEPA

Dr. Mauricio Sauerbrey
Director

Dr. Guillermo Zea
Experto Asesor

Dr. Alfredo Domínguez
Epidemiólogo

Licda. Alba Lucía Morales
Asesora en Educación para la Salud

Ing. Dalila Ríos
Asesora en Sistemas de Información

Lic. Luis Alfredo Erchila
Oficial Financiero y Administrativo

Sra. Silvia Sagastume
Secretaria Ejecutiva/Asistente Operaciones