

CARTER CENTER



Producción: Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA)
Edición: Lic. Manuel Pérez y Equipo Técnico de OEPA
Diagramación: Equipo técnico de OEPA
Tiraje: 350 ejemplares
Lugar y fecha: Ciudad de Guatemala, Octubre 2006.

Equipo de OEPA:

Director:	Dr. Mauricio Sauerbrey
Experto Asesor:	Dr. Guillermo Zea Flores
Asesor en Epidemiología:	Dr. Alfredo Domínguez
Asesora en Educación para la Salud:	Licda. Alba Lucía Morales
Asesora en Sistemas de Información:	Ing. Dalila Ríos
Oficial Financiero y Administrativo:	Lic. Luis A. Erchila
Secretaria Ejecutiva:	Silvia Sagastume
Secretaria Depto. Técnico:	Carolina Aguilar
Contador General:	Juan Carlos Solares
Asistente de Contabilidad:	Oswaldo Mejía

Oficinas de OEPA: Dirección postal:
14 Calle 3-51, Zona 10, Oficina 1401, Edificio Murano Center,
Ciudad de Guatemala 01010, Guatemala, C. A.
Teléfonos: (502)23666106 al 109

Tabla de contenido

Misión de OEPA	1
Estrategia de OEPA	1
Instituciones Involucradas en el Programa Regional y en los Programas Nacionales	2
Directores y Coordinadores Actuales de cada Programa Nacional	2
Comité Coordinador de OEPA (PCC)	2
Foto de los participantes en la XIV IACO	3
Antecedentes de la IACO	3
Introducción	4
Sesión I: Situación de la salud visual, en cada uno de los 13 focos endémicos	6
<i>Introducción a la Sesión I</i>	6
Brasil	8
Colombia	9
Ecuador	10
Guatemala	12
México	15
Venezuela	18
<i>Situación del Indicador MfCA en los focos de la Región</i>	19
<i>Conclusiones y Recomendaciones de la Sesión I</i>	20
Recomendación del Grupo de Estudio Oftalmológico, Reunido en Guatemala en 2004	21
Conferencia: <i>"Retomando los criterios entomológicos de supresión de la transmisión: propuesta de un enfoque alternativo "</i> , Dr. Thomas Unnasch	22
Conferencia: <i>"Impacto del tratamiento con ivermectina en el nivel comunitario, sobre la eliminación de adultos de</i>	

Sesión III Coberturas de Tratamiento	45
<i>Introducción a la Sesión III</i>	<i>45</i>
Brasil	47
Colombia	49
Ecuador	50
Guatemala	52
México	54
Comunidades mexicanas bajo el esquema de tratamiento de 4 rondas por año	

Misión de OEPA

Estrategia de OEPA

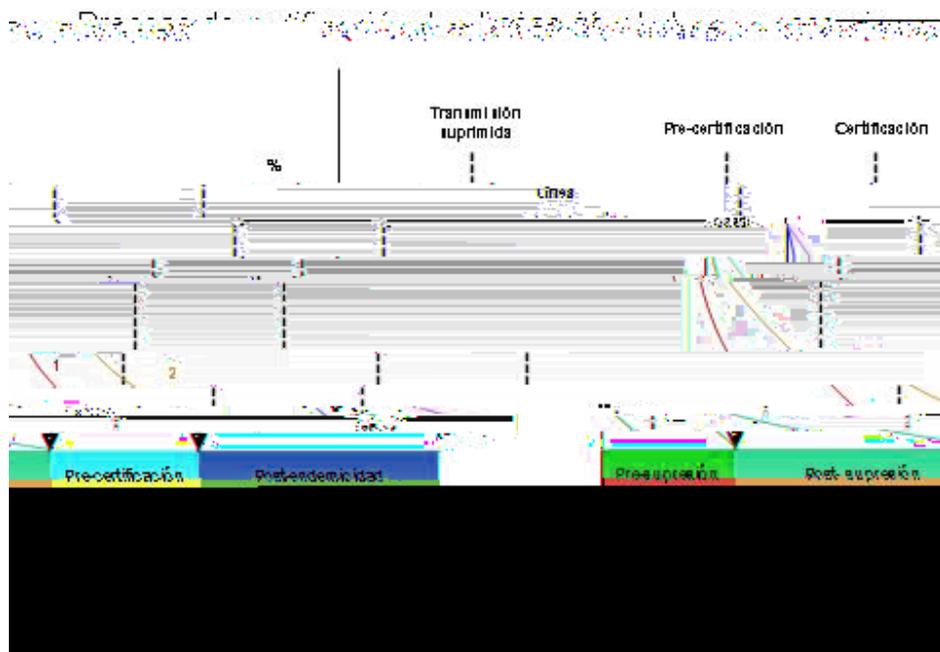
Instituciones Involucradas en el Programa Regional y en los Programas Nacionales

OEPA

Brasil

Introducción¹

Gráfica No. 1. Proceso de certificación de eliminación de oncocercosis, con base en información proveniente de África, con relación a la muerte natural del gusano adulto



¹ Tomado de la Presentación inicial, a cargo del Dr. Mauricio Sauerbrey, Director de OEPA

Sesión I: *Situación de la salud visual en los 6 países endémicos de las América*

Presentaciones de los representantes de los Programas Nacionales para la Sesión I, Situación de la salud visual en cada uno de los 13 focos endémicos:

A. Ceguera por oncocercosis:

B. Evolución de la Prevalencia de Microfilaria en Cámara Anterior (MfCA)

C. Personas positivas a MfCA en la última EEP

D. Morbilidad nueva

A) Brasil

- *(Margeli, 2003, Balawau & Toototobi: 2 ciegos/doença antiga)*
-
- *(Margeli, 2003: "No hay nuevos ciegos...")*

Gráfico No. 3. Evaluaciones oftalmológicas de la comunidad centinela XITEI; evaluación basal vs 1ª y 2ª evaluaciones

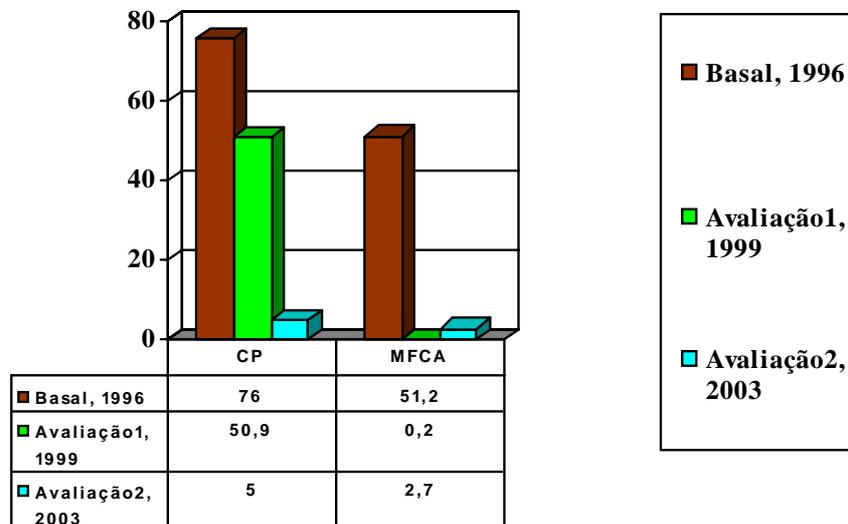
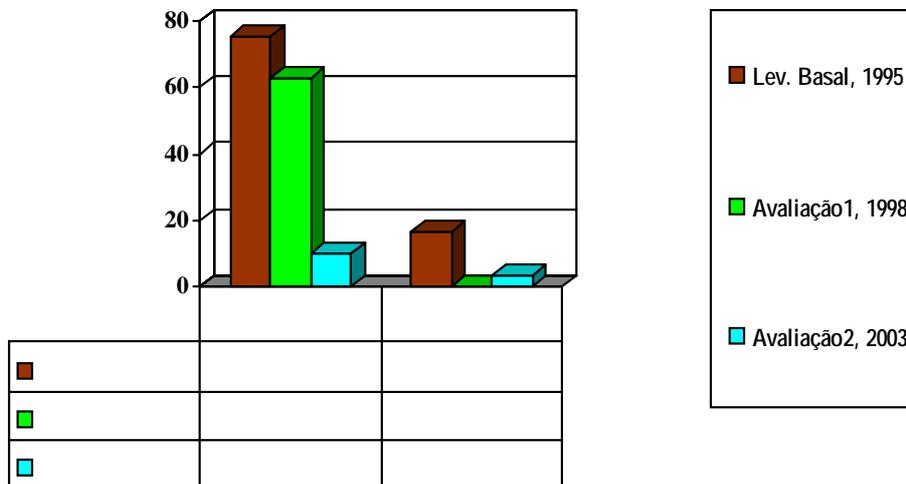


Gráfico No.4. Evaluación Oftalmológica en la comunidad centinela de BALAWAU; evaluación basal vrs 1ª y 2ª Evaluaciones



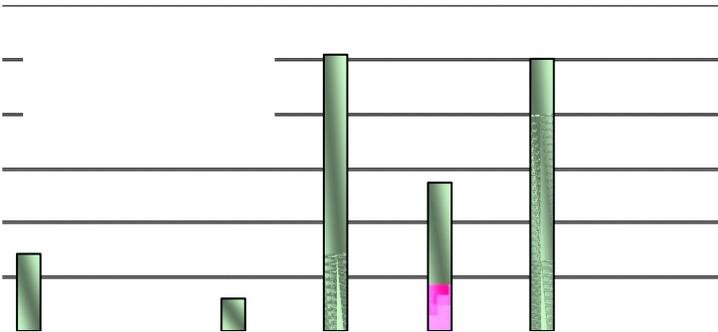
C) Ecuador

-
-
-

Cuadro No. 2. Casos documentados de ceguera por Oncocercosis en el Ecuador

Area Geográfica	No. de Personas Evaluadas	No. de Personas infectadas con O. volvulus	No. Ciegos por Onco	Fuente de Información	Año	Observaciones
	485	485	20 (4.12%)		1980	
	300	180	6*		1982	
	7,834 2,241 5,593	2,236 1,368 868	34 (2.5%) 0		1984	
	903	660			1984	
		5,930	36			

Gráfico No. 6. Prevalencias de Microfilarias en Cámara Anterior de EEPs realizadas en comunidades centinelas de ECUADOR en 2004

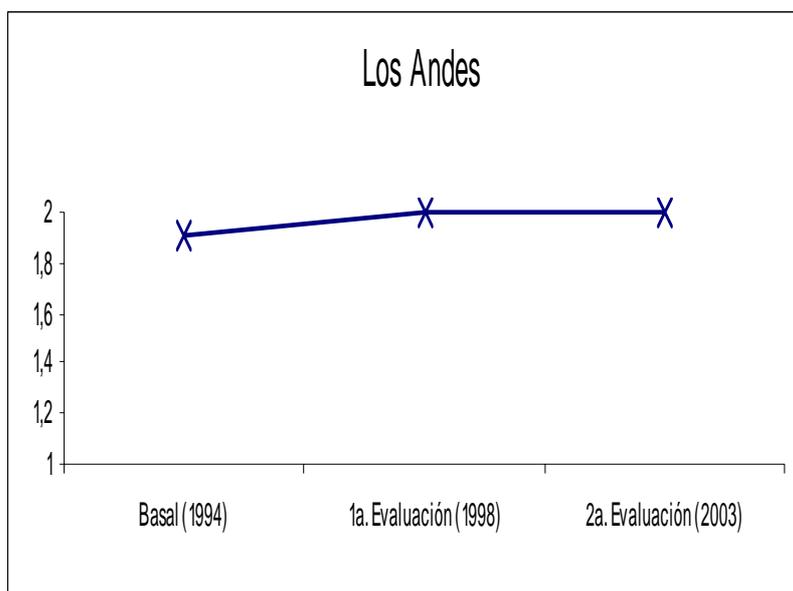


D) Guatemala

Cuadro No. 3. Evolución de la MfCA según las EEPs realizadas en cada foco, en las comunidades centinelas de Guatemala

Foco	Nombre Comunidad	Año de Evaluación
	Centinela u otras donde se haya hecho evaluaciones	2003 Personas Evalud.1847 -150.0007rsonas

Gráfico 13. Prevalencias obtenidas en cada evaluación, comunidad centinela Los Andes



Cuadro No. 4. Personas positivas a MfCA en la última EEP del año 2003 en Guatemala, Foco Central

Orden	Comunidad	Nombre	Edad	Sexo
1		CEJ	57	M
2		FTL	61	M
3		JRG	44	M
4		COX	35	M
5		JM	44	M
6		CI	65	M
7		CL	44	M
8		FSV	45	M
9		CV	63	M
10		MEJ	17	F
11		CSC	50	F
12		JCT	56	M
13		VG	55	M
14		CCHS	53	M

Resumen de la Sesión I: Situación de la salud visual en los 6 países endémicos de América

Cuadro No. 11. Evolución del indicador Prevalencia de Microfilaria en Cámara Anterior (MfCA) en los 13 focos de la Región

#	País	Foco	Prevalencia de Microfilarias en Cámara Anterior		
			Basal	Penúltima	Última
			1995	2000	2004
2	México	Chiapas Norte	0.6% 1995		N/A
3		Chiapas Sur	1.5% 1995	0.7% 2000	0.2% 2004
4			7,2%		N/

Conclusiones y recomendaciones de la Sesión I:

Por programa

BRASIL

-
-
-
-
-
-

-

-
-

Para la región:

Resumen

-
-

-

-

-

-

-

Recomendación del Grupo de Estudio Oftalmológico, Reunido en Guatemala en 2004

-

-

-

à
à
à

Trabajo que se necesita hacer:

El Reto final: Asociar PAT con Ro

à
à

Cuadro No. 12. Potenciales de transmisión estacional en comunidades mexicanas con moscas infectadas, 2001

Comunidad	Total de pooles procesados	Pooles positivos	Prevalencia de moscas infectivas	Potencial de Transmisión por Estación
Chiapas Norte				
			1.6	
Chiapas Sur				
			22.8	
			4.8	
			2.0	

Segunda conferencia: "Impacto del tratamiento con ivermectina al nivel comunitario sobre la eliminación de los gusanos adultos de _____, cuando los individuos reciben múltiples tratamientos por año."
Dr. Eddie Cupp

O. volvulus

Método de análisis

Resultados

Cuadro No. 13. Efectos del tratamiento trimestral con Ivermectina en adultos de

Cuadro No. 14. Efecto de tratamientos trimestrales con ivermectina en gusanos adultos de , en ausencia de
tratamientos semestrales al nivel comunitario (Camerún)

	Base*	1 Año (4x)	2 Años(8x)	%Disminución
Hembras vivas**				
Machos vivos**				
Hembras fértiles				♀ ♀ ↑

Resumen e hipótesis

O. volvulus

O. volvulus

Tratamientos con Ivermectina 2 veces al año versus 4 veces al año

Cuadro No. 15. Comparación de tratamientos 2x/año vrs 4x/año a individuos que habitan una comunidad bajo el régimen de tratamiento semestral

Grupo Tratado	Comunidad						
	C*	Mec (2x/año)	Mec (4x/año)	C*	Mec (2x/año)	C*	Mec (4x/año)

Gráfico No. 15. Reducción de gusanos hembras en nódulos de pacientes tratados 2x/año y 4x/año con ivermectina en presencia de (Guatemala) y sin (Camerún) tratamiento semestral 2x/año al nivel comunitario

John J. Moores: Un aporte de 4 millones de dólares al Instituto de Investigación Scripps para combatir las enfermedades causadas por gusanos que afectan a millones en todo el mundo.

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

Introducción, Dr. Alfredo Domínguez

Revisión del componente de Epidemiología en los últimos IACO's y conclusiones relevantes con el fin de visualizar cuánto se ha avanzado en los indicadores de impacto

Conclusiones relevantes sobre los avances en los indicadores de impacto.

IACO 1998

IACO 2001

IACO 2002

IACO 2003

-
-
-

*“Criterios para la
Certificación de la interrupción de la transmisión / eliminación de la Oncocercosis humana”*

IACO 2004:

	Evaluaciones Parasitológicas					Evaluaciones Oftalmológicas			
	Basal	Primera	Segunda	Tercera		Basal	Primera	Segunda	Tercera
	44		23	63				56	
	82		51	84				62	
	72		42	80				61	
Oaxaca, México	71		81					77	
	105		72					68	
	44		87					82	
	75		83					80	
	68		77					74	
Nor-Central, Venezuela	82		61					62	
	82		61					62	
Nor-Oriental, Venezuela	61		57					56	
	29		40					41	
	83		62					61	

Gráfico No. 16. Proporción de Población Examinada en EEPs Parasitológicas

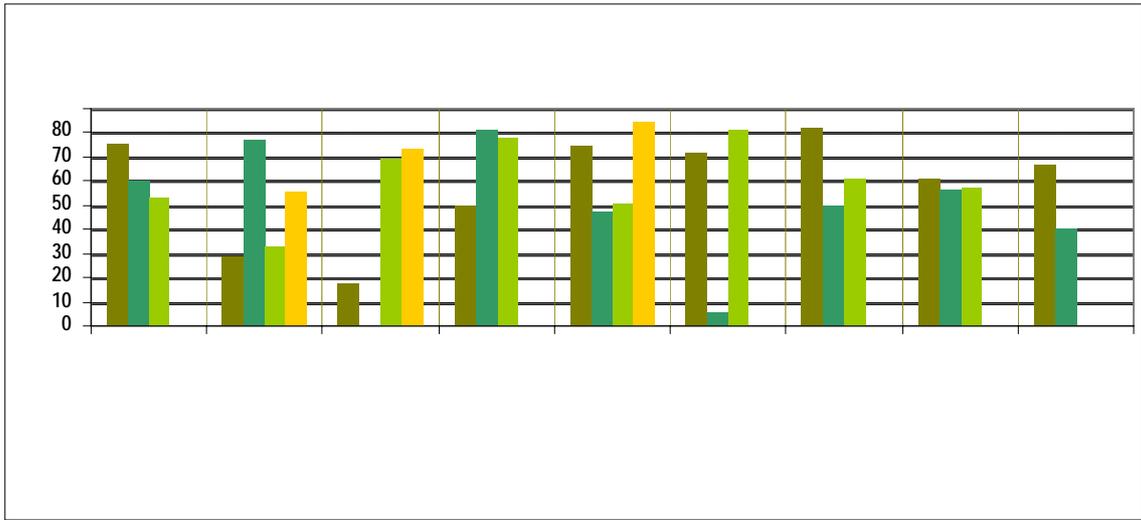


Gráfico No. 17. Proporción de Población Examinada en EEPs Oftalmológicas

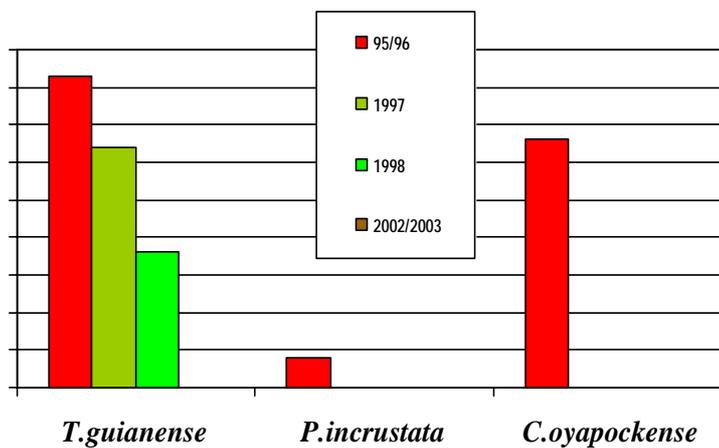
Cuadro No. 17. Indicadores entomológicos en los 13 focos de la Región

#	País	Foco	Vector	TIP	TI	TIP	TI
				Basal	Basal	Última	Última
1	México			0,42	0.21	22.1	3.8
2						6.0	1.2
3				1,24	0.16	28.6	3.7
4	Guatemala						
5				1,95%	0.19		In process
6							
7							
8	Venezuela			0	0		
9				1,38%	0.55		
10				4,17%	0.44		
11	Brasil			7,02			
12	Colombia			4,27%	1.07	0	1.7
13	Ecuador			2,33%	0.94	5.9	1.9

Presentaciones de los programas de los países para la Sesión II, Evaluación del impacto del tratamiento con Mectizan®: Evaluaciones Epidemiológicas en Profundidad (EEP)

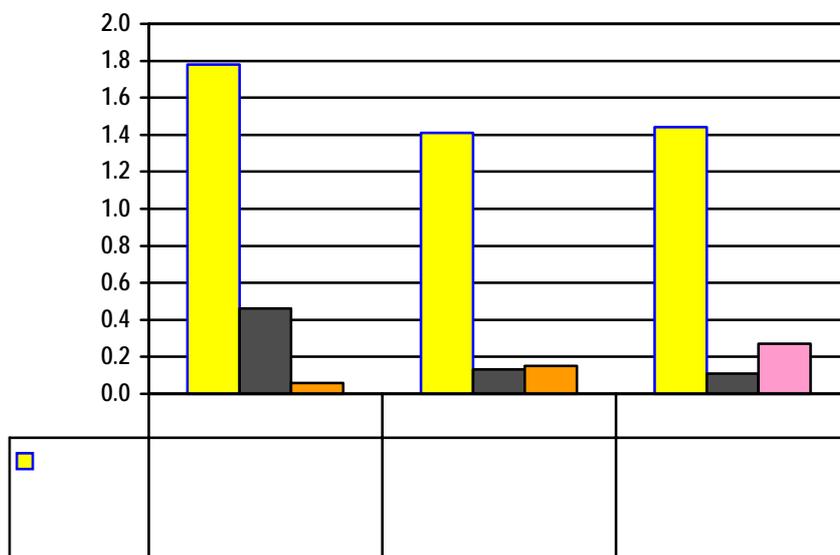
Brasil

Grafico No. 18. Evaluaciones Entomológicas* PRE y POST tratamiento, Tasa de Infektividad (TI) de los Simúlidos, 95/96 PRE y 97 y 98 POST



Cuadro No. 18. Índices calculados para

Gráfico No. 20. Evaluaciones en comunidades centinelas, carga de microfilarias al nivel comunitario



Cuadro No. 20. Distribución de tasas de Mf en piel por Grupos de Edad, en Naicioná, Colombia, 1995-2004

Año

Ecuador

Cuadro No. 23. Situación epidemiológica en las comunidades centinela: Línea Basal vrs Última Evaluación en Ecuador

		MfCA		Queratitis Punteada		Mf en Piel		Portadores de Nódulos			
Año de la Evaluación ->		1989	2004	1989	2004	1989	2004		2004		2004

Cuadro No. 29. Situación epidemiológica en las comunidades centinela, Línea Basal vrs Última Evaluación

		Evaluación Basal del año 2000 (Disección)	Evaluación del año 2001 (PCR)
Nombre del Foco	Nombre de la Comunidad		

Venezuela

Cuadro No. 31. Situación epidemiológica de las comunidades centinela, Línea basal vrs última evaluación en el Foco Norte - Venezuela

Cuadro No. 35. Prevalencia de Nódulos en < de 5 años, según EEP llevada a cabo en Comunidades Centinela del Foco Norte, Venezuela, 2005

Comunidades	Evaluación Basal:1999				Primera Evaluación: 2001				Segunda Evaluación: 2005			

Cuadros Nos. 36 y 37. Distribución masiva de Mectizan®, coberturas de tratamiento en comunidades centinela. Ultimas 6 rondas administradas en el Foco Norte, Venezuela 2005

Comunidades centinela	Tratamiento 1				Tratamiento 2				Tratamiento 3			
	Fecha	MET	Tratadas	Cober.	Fecha	MET	Tratadas	Cober.	Fecha	MET	Tratadas	Cober.
				102				100.0				103
				100				102.7				99.3
				103				112.8				107
				101				95.0				96.7
				100				95.0				107
				95.2				91.3				101

Comunidades centinela	Tratamiento 1				Tratamiento 2				Tratamiento 3			
	Fecha	MET	Tratadas	Cober	Fecha	MET	Tratadas	Cober	Fecha	MET	Tratadas	Cober.
				85.2				86.1				86.8
				101.1				94.1				93.1
				91.0				93.8				94.7
				97.7				86.4				99.1
				96.0				96.7				
				122.1				97.9				97.9

Conclusiones y recomendaciones de la Sesión II

Por programa nacional:

Brasil

-

-

Simulium

-

o

Venezuela

o

o

o

o

o

Para la región:

o

o

o

En efecto, todo país que desee certificar la eliminación de la oncocercosis, debe demostrar que cumple con estos dos requisitos antes de que el proceso de certificación pueda empezar.

"...Cada Programa debe demostrar que cumple con los requisitos indicados más abajo. Se alienta a todo país que considere que cumple con estos requisitos a que presente su candidatura, porque la auditoría previa a la certificación también será un paso importante de la evaluación del Programa".

"...Cuando solicita la certificación, un país debe presentar un informe detallado a la OMS y a la respectiva oficina regional de la OMS, exponiendo los antecedentes, la estructura y el funcionamiento de su Programa, así como los datos sobre la cobertura de tratamiento..."

Directrices para la preparación de un informe de país

"...el Equipo Internacional de Certificación examinará el informe en busca de pruebas indicativas de la extensión y de la profundidad de la cobertura obtenida durante la ejecución del programa de eliminación".

El formato del informe es optativo pero debe comprender los siguientes elementos comunes:

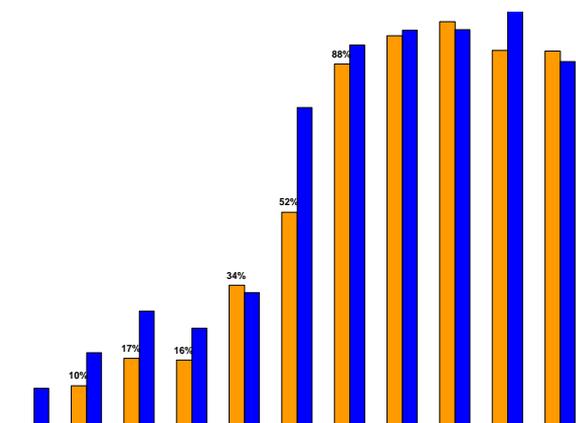
- à Datos que muestran la extensión y la profundidad de la cobertura con Ivermectina en cada ronda de tratamiento:
- à Número total de comunidades e individuos elegibles para el tratamiento en cada comunidad.
- à Número total de comunidades e individuos elegibles tratados en cada ronda de tratamiento.
- à Censos actualizados por cada ronda de tratamiento.
- à Medidas adoptadas para cerciorarse de la validez de los censos, mapas y listas de tratamiento.
- à Medidas adoptadas para verificar el número de comprimidos de Ivermectina administrados en comparación con el número previsto".

Además de la exposición mencionada anteriormente, el Dr. Zea Flores presentó un resumen de las conclusiones de las últimas IACO, llamando al establecimiento de sistemas de información confiables y a la verificación de la calidad y veracidad de las coberturas reportadas. Posteriormente, cada país presentó su información de coberturas logradas en el 2005.

Presentación de los programas de los países para la Sesión III, Coberturas de Tratamiento

Brasil

Gráfica No. 34. Evolución histórica de las coberturas de tratamiento con Mectizan® 1995 – 2005, Foco Amazonas-Roraima, Brasil



Estrategias para la distribución de Mectizan®

Control centralizado por FUNASA: coordinación general y control de la distribución por la coordinación regional de FUNASA en Roraima, abastecimiento a las ONGs para el cumplimiento de cada ronda de tratamiento y llenado de los formatos respectivos.

Desarrollo conjunto de estrategias con otros programas (no hay grupos específicos sólo para oncocercosis) y hay permanente presencia de profesionales en las áreas.

Entrenamiento: preparación general para nuevos profesionales trabajando para las ONGs y cursos de capacitación teórica y práctica en las áreas, como parte de una rutina de los sistemas de atención de la salud.

Factores que hacen posible el logro de coberturas buenas y confiables

Estructura gubernamental de salud (FUNASA, DSEIY)

Recursos suficientes y de manera sostenible

Participación del Distrito Sanitario Yanomami (DSY) y las ONGs

Compromiso y dedicación del personal involucrado

Equipo del DSY seleccionado y bien capacitado para la distribución de Mectizan®

Supervisión sistemática por enfermeros

Participación de los Agentes Locales de Salud (ALS)

Permanencia de, al menos, un técnico experimentado en cada Polo Base

Los Yanomami solicitan ser medicados (prácticamente no hay reuertes)

Garantía que toda la población está incluida en el censo

Censos revisados mensualmente

Los ausentes son tratados a su regreso, los enfermos al mejorar y las embarazadas a partir de una semana después del parto

Los inmigrantes y visitantes son medicados

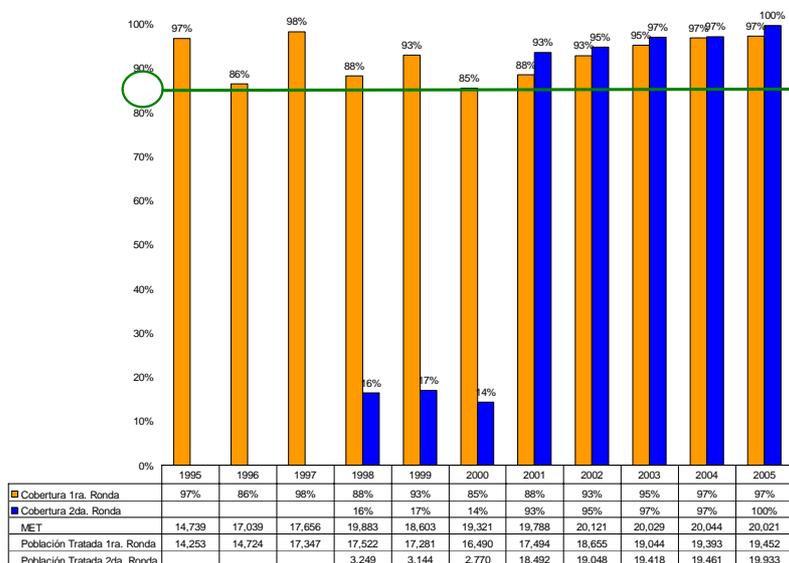
Colombia

En Colombia, la oncocercosis se encuentra circunscrita a un solo foco: la comunidad Naicioná, ubicada en el Municipio de López de Micay del Departamento del Cauca.

El Programa colombiano, inició sus actividades de tratamiento en el segundo semestre de 1996, manteniendo coberturas de tratamiento superiores al 85% de sus elegibles en ambas rondas desde 1999. Durante los años 1997-1998 esa meta de cobertura fue alcanzada sólo en la segunda de las dos rondas.

Ecuador

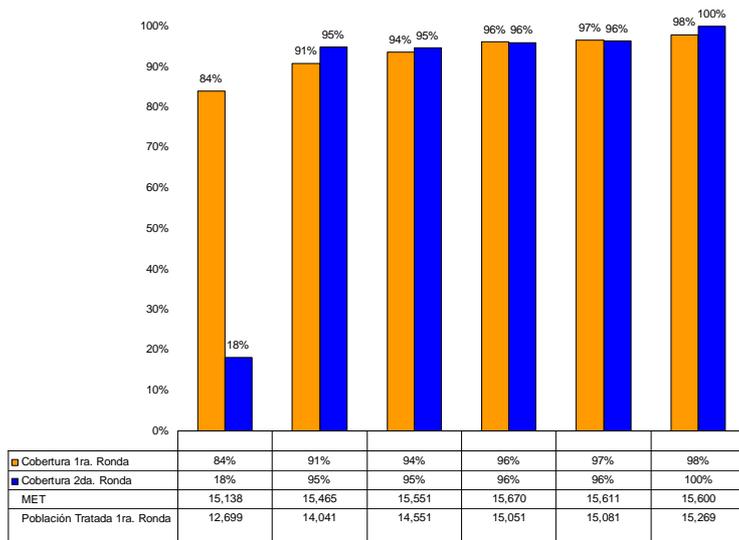
Gráfica No. 23. Evolución histórica del tratamiento con Mectizan® en Ecuador 1995- 2005



En el país, la cobertura con base en la Meta Anual de Tratamiento (MAT), fue 98% al haber administrado 39,385 tratamientos de los 40,042 planificados.

De las 119 comunidades endémicas del país, 1 (1%) comunidad diferente no fue tratada en cada ronda. El resto de comunidades fueron tratadas, pero no se alcanzó la meta de cobertura en 13 comunidades.

Gráfica No. 24. Histórica de Cobertura de Tratamiento con Mectizan® en el Foco Principal de la cuenca del río Santiago: Ríos Cayapas, Onzole, Santiago y tributarios



El foco principal de la cuenca de los ríos Cayapas, Onzole, Santiago y tributarios, se ubican 99 (83%) de las 119 comunidades endémicas del país. En ellas, residen 18,191 personas de las cuales 15,600 son elegibles (Meta de Elegibles para Tratamiento -MET-) para recibir medicamento cada 6 meses. En la primera ronda del 2005, fueron tratadas 15,269 personas y en la segunda 15,591 alcanzando así coberturas de 98% y 100% respectivamente. La cobertura general para el año, fue 99% pues se administraron 30,860 de los 31,200 que constituyen la Meta Anual de Tratamiento (MAT).

El Sub-foco satélite Canandé, está formado por 8 comunidades en donde, para el 2005, había una población elegible de 1,923 personas. En la primera ronda fueron tratadas 1,632 personas (cobertura = 85%) y, en la segunda, 1,902 (cobertura = 99%). La cobertura general para el año, fue 92% pues se administraron 3,534 tratamientos de los 3,846 que constituyen la Meta Anual de Tratamiento (MAT).

En los **otros sub-focos** (En Pichincha: Santo Domingo de los Colorados y en Esmeraldas: Ríos Sucio, Tululví, Verde y Viche), existen 12 comunidades endémicas con una población elegible = 2,498 personas, de las cuales en la primera ronda, 2,551 fueron tratadas (cobertura = 102%) y 2,440 en la segunda (cobertura = 98%). La cobertura general para el año, fue 100% pues se administraron 4,991 tratamientos de los 4,896 que constituyen la Meta Anual de Tratamiento (MAT).

Mecanismos utilizados por el programa de Ecuador para alcanzar altas coberturas de tratamiento y garantizar su veracidad

- Trabajo sin interrupción desde 1990
- Personal técnico en el Programa, con una larga trayectoria de experiencia
- Personal técnico y operativo con mística de trabajo y comprometido en alcanzar la eliminación de la oncocercosis en el Ecuador

Censo poblacional para la administración de Ivermectina

- Capacitación continua de los responsables del censo y sus variables, para una correcta y clara captura de datos.
- Acompañamiento de las Coordinadoras de Río a los ALS responsables del censo en las labores de distribución.
- Verificación in situ de la información de los instrumentos de recolección de datos por parte del equipo técnico de Sistemas de Información.
- Actualización semestral del censo poblacional:
 - Registro de RR. NN.
 - Registro de nuevos integrantes en las familias.
 - Registro de nueva conformación de familias.
 - Registro de inmigrantes (Un año de residencia para ser elegible a tratamiento)
 - Registro de datos personales:
 - Verificación de datos: nombres y apellidos completos
 - Número de Cédula de Identidad
 - Fecha de Nacimiento
 - Grado de escolaridad
 - Ocupación.

Administración del tratamiento

- Tratamiento directamente observado:
 - Identificación en el censo poblacional de distribución.
 - Elegibilidad o no elegibilidad al tratamiento.
 - Peso corporal para dosificación de tabletas
 - Tabletas y agua para su toma

El **Foco Escuintla-Guatemala**, está formado por 117 comunidades de las cuales casi todas (116), son hipoendémicas; en estas comunidades residen 50,588 personas, de las cuales 45,477 forman la Meta de Elegibles para Tratamiento (MET). En la primera ronda de la MET fueron tratadas 42,740 (94%) y, en la segunda, 42,864 (94%). La cobertura promedio para el 2005 fue 94%, al haber administrado 85,604 tratamientos de los 90,954 que constituyen la Meta Anual de Tratamiento (MAT).

El **Foco de Huehuetenango**, compuesto por 43 comunidades hipoendémicas, en las cuales residen 28,964 personas, siendo 26,514 elegibles para tratamiento (MET). En la primera ronda, fueron tratadas 25,344 (96%) personas y, en la segunda, 25,331 (96%). La cobertura promedio para el 2005 en este foco fue 96%, al haber administrado 50,675 tratamientos de los 53,028 que forman la Meta Anual de Tratamiento (MAT).

Finalmente, en el **Foco de Santa Rosa**, constituido por 37 comunidades, también hipoendémicas, cuya población es de 9,855 personas, de las cuales 8,752 eran elegibles para tratamiento en el 2005 (MET), en la primera ronda, fueron tratadas 8,674 (99%) y, en la segunda, 8,685 (99%). La cobertura promedio para el foco, fue 99% pues se administraron en el año 17,359 tratamientos de los 17,504 que forman la Meta Anual de Tratamiento (MAT).

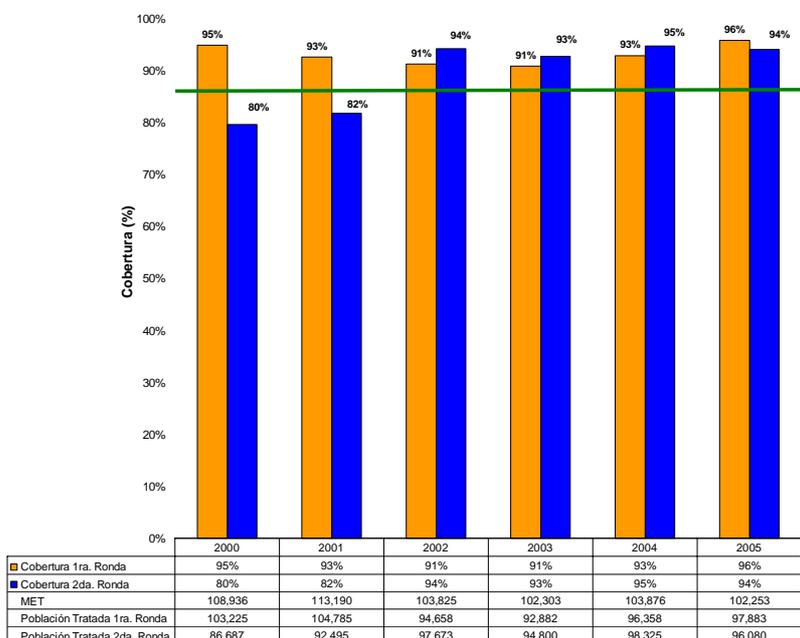
México

Gráfica No.27. Evolución histórica de cobertura de tratamiento con Mectizan® en México.

En el país, hay 670 comunidades endémicas de oncocercosis, distribuidas en 3 focos: Sur de Chiapas, Norte de Chiapas (Chamula) y Oaxaca. A partir del año 2001, las coberturas promedio han alcanzado o superado el 85% de la población elegible para recibir tratamiento en cada una de las rondas semestrales de tratamiento.

En el año 2005 residían 168,819 personas en los tres focos anteriormente mencionados, de las cuales 152,303 son elegibles para recibir el tratamiento y constituyen la Meta de Elegibles para Tratamiento (MET). Esto significa que se planificó administrar 304,606 tratamientos a lo largo del año, lo que forma la Meta Anual de Tratamiento (MAT). La

Gráfico No. 28. Evolución Histórica de Cobertura de Tratamiento con Mectizan® en el Foco Sur de Chiapas (Soconusco).



El **Foco Sur de Chiapas (Soconusco)** es el principal en México debido a su alta endemicidad. Aquí, se encuentran 559 (83%) del total de las 670 comunidades endémicas y la totalidad de las comunidades hiperendémicas del país. La Meta Anual de Tratamiento (MAT) para el 2005, fue de 204,506 tratamientos, pues el objetivo fue tratar a 102,253 personas en cada ronda. De la MAT, se administraron durante el período 193,963 (95%) tratamientos.

En la primera ronda, de las 559 comunidades endémicas del foco, en 5 (1%) no hubo tratamiento por estar deshabitadas, 44 (8%) tuvieron coberturas al 85% y, en las restantes 510 (91%), se alcanzó o superó esa meta. Durante la segunda ronda, 6 (1%) comunidades no fueron tratadas, persistiendo deshabitadas las mismas 4. El resto de las comunidades fueron tratadas, sin embargo, en 58% (10%) de las mismas, las coberturas fueron inferiores al 85% y, en 495 (89%) fueron iguales o superiores al 85%.

El **Foco Norte de Chiapas (Chamula)** comprende 13 comunidades hipoendémicas (2% de las 670 del país), en las cuales, el año 2005 residían 7,010 personas; de éstas, 6,665 era elegibles para tratamiento y constituían la Meta de Elegibles para Tratamiento (MET).

Del total de personas elegibles, fueron tratadas 6,013 (93%) en la primera ronda y 5,926 (92%) en la segunda. La cobertura general en relación a la MAT fue 92%, al haber administrado 11,939 tratamientos de los 12,930 planificados.

Únicamente en una (8%) comunidad de las 13 endémicas, la cobertura alcanzada se ubicó entre el rango 71-84% en la primera ronda y, 2 (15%) estuvieron en el mismo rango durante la segunda ronda. El resto fueron tratadas exitosamente.

En el **Foco de Oaxaca**, formado por 98 (15%) de las 670 comunidades endémicas del país, de las cuales ninguna es hiperendémica, residen 48,924 personas y, de ellas, 43,585 son elegibles para recibir el tratamiento (MET).

En la primera ronda de 2005 fueron tratadas 40,789 personas y, en la segunda, 41,165, logrando así coberturas de 94% en cada ronda. La Meta Anual de Tratamiento fue 87,170 tratamientos, habiéndose alcanzado una cobertura promedio en el foco de 94%, ya que fueron administrados 81,954 tratamientos durante el año. Todas las comunidades del foco fueron tratadas, alcanzando coberturas iguales o superiores al 85% de los elegibles en ambas rondas.

Comunidades en México, bajo el esquema de 4 rondas de tratamiento al año

Antecedentes

El tratamiento trimestral a la dosis estándar (150 µg/kg) puede:

- Reducir significativamente el número de gusanos adultos

- Disminuir la transmisión de *O. volvulus* y por lo tanto, reducir el tiempo para la eliminación

- Al reducir la concentración de microfilarias en piel, ayudará considerablemente a acelerar la eliminación de la morbilidad.

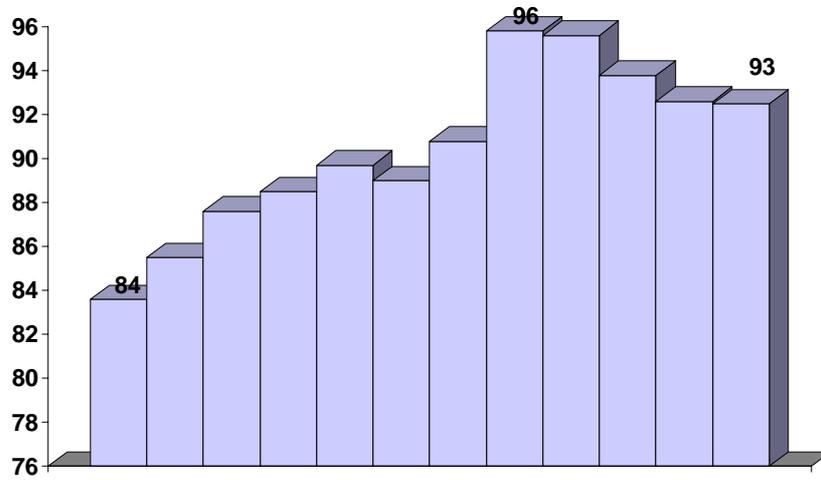
Justificación

A pesar de que se ha logrado una importante reducción en la morbilidad, aún existe evidencia de que continúa la transmisión, en un reducido número de comunidades, lo cual se manifiesta por la presencia de portadores de nódulos principalmente en menores de cinco años.

Metodología

Dar tratamiento trimestral a toda la población elegible de un grupo de 50 comunidades seleccionadas (c)3.qlac e evide.1347 0 TD53 TD

Gráfica No.: 29. Evolución de Coberturas de Tratamiento con Mectizan® en Comunidades de 4 rondas, México, 2003 – 2005



Venezuela

Gráfica No. 30. Evolución Histórica de las Coberturas de Tratamiento con Mectizan® en Venezuela, 1995 – 2005

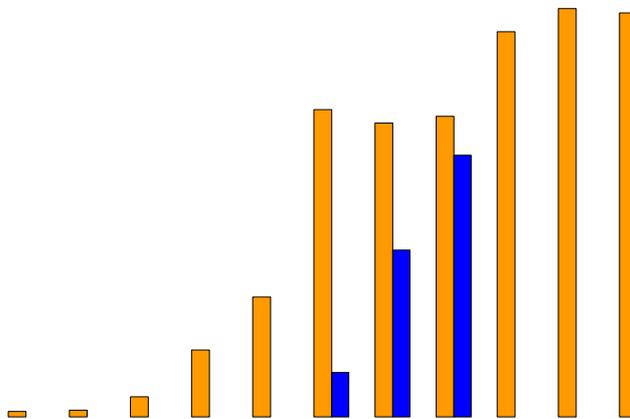
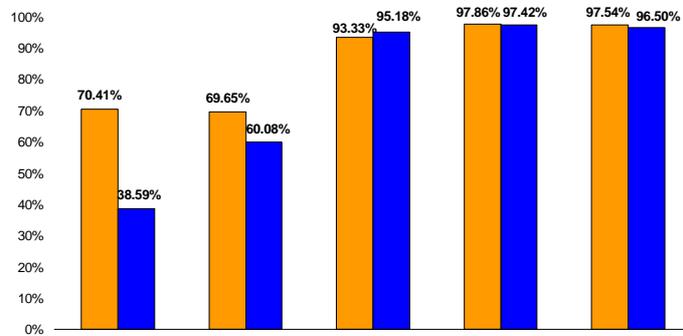


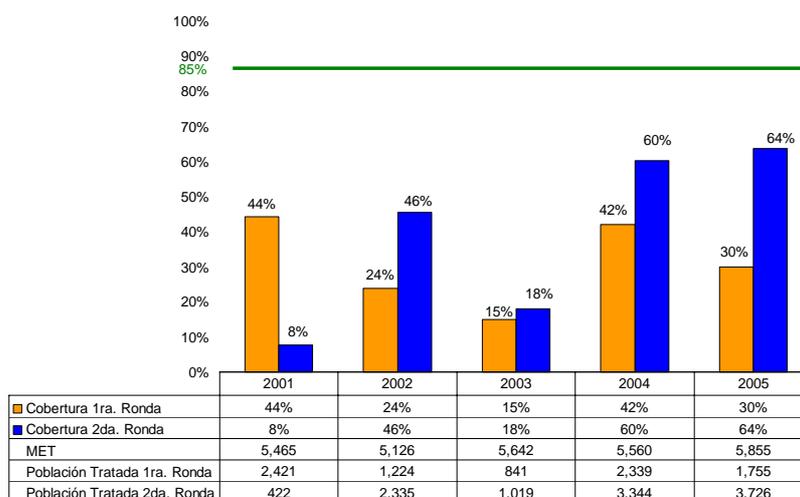
Gráfico No. 31. Evolución Histórica de las Coberturas de Tratamiento con Mectizan® 2001 – 2005, Foco Nor-Oriental, Venezuela



El foco Nor-Central tiene 45 (7%) de las 625 comunidades endémicas del país, de las cuales 1 (2%) es hiperendémica, 2 (5%) mesoendémica y 42 (93%) son hipoendémicas. En estas comunidades en el 2005, residían 12,888 personas de las cuales 11,636 son elegibles para tratamiento y constituyen la Meta de Elegibles para Tratamiento (MET). En relación con los 23,272 tratamientos que constituyen la Meta Anual de Tratamiento (MAT), fueron administrados 22,779 (98%).

De las 45 comunidades endémicas del foco, en cada una de las dos rondas se alcanzó o superó el 85% de cobertura en 42 (93%) comunidades. En la primera ronda, 1 (2%) comunidad no fue tratada y en 2 (5%) la cobertura fue inferior al 85%. En la segunda ronda, todas las comunidades fueron tratadas, sin embargo, en 3 (7%) no se alcanzó el 85% de cobertura.

Gráfico No. 33. Evolución Histórica de las Coberturas de Tratamiento con Mectizan® 2001 – 2005, Foco Sur, Venezuela



Este foco está formado por 115 comunidades (18% del total)

Reporte y seguimiento a la Reunión extraordinaria del PCC en Puerto Ayacucho, Amazonas, Venezuela (julio 2005) y, de las reuniones binacionales con Brasil este año

Principales conclusiones y recomendaciones

1. En el Foco Sur, después de la reunión del PCC en Puerto Ayacucho, las coberturas se ha incrementado significativamente, pero no se ha alcanzado todavía el 85% a nivel de foco.
2. En el área de población Yanomami, de difícil acceso, todavía no ha sido posible realizar un censo, ni estratificarse. La población de 5,000 ha sido estimada a través observaciones aéreas.
3. Los fondos del fideicomiso para apoyar el Plan de Salud Yanomami no han sido liberados, debido a obstáculos administrativos en los Ministerios de Educación y Salud. A pesar de esto, se ha logrado obtener otras fuentes de recursos financieros del mismo Ministerio de Salud Pública, uno de éstos ha sido destinado a infraestructura en algunos centros ambulatorios en áreas remotas con apoyo de la 2n.1(apo)-6.6(s)-1.4(te año)3dlo84d-0.05 Tw15.8126

Conclusiones y recomendaciones generales de la sesión

Por programa nacional:

Colombia:

Catorce rondas con coberturas mayores a 85% en el único foco endémico de López de Micay.

Durante el año 2005, el número de personas residentes en el foco era 1,410, de las cuales 1,179 son elegibles para recibir tratamiento semestralmente y se consideran la Meta de Elegibles para Tratamiento (MET)

En el año 2005, en la primera ronda fueron tratadas 1,048 personas y, en la segunda 1,161, alcanzando así, coberturas de 89% y 98% respectivamente

La cobertura general del año, en relación a la Meta Anual de Tratamiento (MAT) fue 94% pues se administraron 2,209 tratamientos de los 2,358 planificados

México:

La administración de las tabletas es personalizada y supervisada

Todos los ausentes son tratados cuando regresan a la comunidad

En cada visita se actualiza el censo y se busca a las personas registradas como ausentes en visitas anteriores

Madres lactantes son tratadas lo más pronto posible después de una semana post-parto

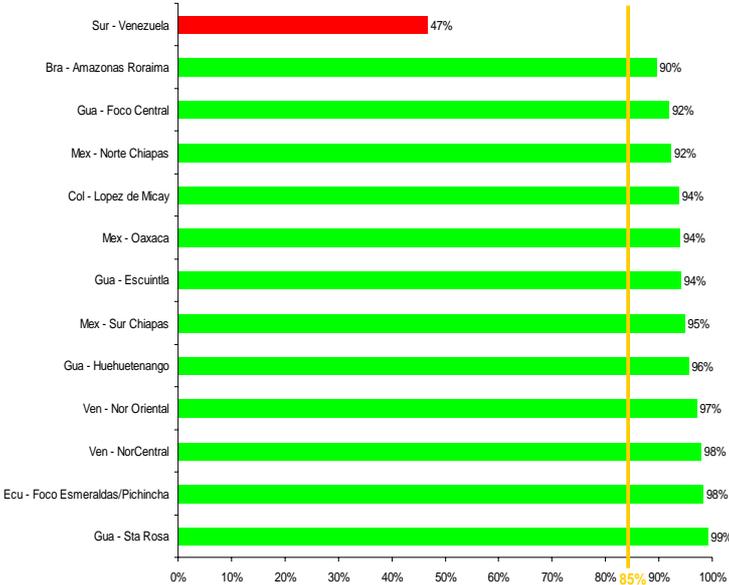
Personas reportadas enfermas son tratadas cuando se recuperan

Se vigila el estado de salud de quienes fueron reportados como enfermos intercurrentes, para después ministrar el tratamiento correspondiente.

Para la región:

1. Los datos de coberturas reportados no reflejan por sí mismos los problemas que se 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 sí permitan conocer la realidad y encontrar las alternativas de solución más adecuadas.
2. Desarrollar una herramienta apropiada que, cumpliendo los lineamientos, permita verificar las coberturas reportadas en todas las comunidades, con énfasis en las áreas con alta transmisión.
3. Reforzar el componente de información en cada País, 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.
4. Tomar en cuenta el momento más oportuno para dar el tratamiento en cada comunidad: estaciones de clima, fiestas locales, guerras, cosechas, cacería, etc.
5. Establecer un mecanismo para lograr el tratamiento de ausentes, renuentes, mujeres después de una semana post-parto y enfermos agudos después de su recuperación.
6. Incluir en el PCC otros miembros expertos principalmente del área de salud comunitaria.

Gráfico No. 35. Coberturas Reportadas en 2005 en cada foco con relación a la Meta Anual de Tratamiento (MAT)



Sesión IV, Educación para la Salud y Participación Comunitaria

Moderador: Dr. Joao Batista Furtado

Relatores: Dra. Eduardo Catú
Dra. Miguel Lutzow
Soc. Leticia Rondón

Cuarta Conferencia: "Altas coberturas son la clave para la eliminación de la oncocercosis y trabajadores bien entrenados y muy dedicados lo son para lograr altas coberturas"

Dr. Richard Collins

En el proceso de eliminación de la oncocercosis, quienes dan tratamiento en el campo, desempeñan un papel clave en el logro de los resultados esperados, sin lo cual, esto no sería posible.

Considerado como la clavija que mantiene unidas todas las piezas que conforman cada programa de eliminación, el componente Educación para la Salud y Participación Comunitaria es determinante en los altos niveles de cobertura requeridos para alcanzar la meta de eliminación de la enfermedad, siguiendo los lineamientos establecidos por OMS para la región: dos veces por año, a un mínimo del 85% de la población elegible de todas las comunidades endémicas.

En 1995 el Programa para la Eliminación de la Oncocercosis del Ecuador marcó un hito para OEPA, al presentar claras evidencias de que la transmisión de la enfermedad se había interrumpido en el foco del Río Santiago. De esta manera, se hizo evidente que altas coberturas de tratamiento en el marco de un programa operativo son la clave para la alcanzar la meta de eliminación.

La cobertura tiene tres dimensiones:

- Extensión geográfica: todas las comunidades endémicas deberán identificarse, evaluarse y tratarse
- Profundidad: un mínimo del 85% de la población elegible deberá tratarse, 2 veces por año
- Duración: 14 años; es el lapso que debe durar el tratamiento según nuestros estándares actuales; sin embargo, el Dr. Cupp evidenció que los efectos de la Ivermectina podrían pronto acortar ese período considerablemente.

Si los trabajadores de campo no reciben capacitación, no se sienten motivados, no disponen del medicamento en el sitio donde lo distribuirán, no tienen transporte, supervisión o viáticos, el programa se retrasa. Aunque todo lo demás funcione, aun que el

ción y de su sistema de

ación que proporcionan
n la cobertura, pero no
a, sí pueden proponer
unidad de capacitación
han funcionado bien en

Responsabilidades de los equipos de distribución de Ivermectina

- Mapeo de casas
-

- Conformación y educación a grupos comunitarios
- Promoción de la salud
- Integración a otros programas de salud.

Establecer **mecanismos organizativos** que permitan incorporar el análisis y las necesidades del nivel local en la planificación

- Comité Nacional reuniéndose periódicamente
- Comités Regionales haciendo análisis de situación periódicamente
- Comités Locales revisando y analizando periódicamente la situación por comunidad.

Avances en Participación y Educación

- Indudablemente, se han registrado avances cualitativos (como se podrá ver en las presentaciones de los países); sin embargo, es necesario cuantificar el grado de avance obtenido
- Para tal fin, se propone desarrollar conjuntamente, con todos los programas nacionales, una metodología que permita determinar el impacto de las intervenciones en cada uno de los grupos señalados (trabajadores, ACS y Comunidad) y el nivel de participación de la comunidad en el tratamiento con Mectizan
- Para determinar la participación ACS en el tratamiento con Mectizan se propone considerar la incorporación de esta información en los formularios de reporte regular de los programas nacionales, de tal manera que se pueda conocer entre otras cosas: a) Comunidades con participación de ACS en el tratamiento; b) Tratamientos administrados por ACS; c) Proporción de comunidades en las cuales los ACS vigilan y dan tratamiento a los casos especiales: ausentes, renuentes, enfermos transitorios, lactantes después de 8 días, etc.; y, d) Casos especiales tratados por ACS.

Presentación de los programas de los países para la Sesión IV, Educación para la Salud y Participación Comunitaria

Las presentaciones se hicieron con base en una guía enviada previamente a cada uno de los programas nacionales, cuyos puntos eje fueron los siguientes:

1. Organización del Programa
2. Participación comunitaria en el Programa, por foco
3. Características de la participación de ACS en el Programa, por foco
4. Educación
5. Información y comunicación.

Nota: En el punto 3, para describir la magnitud y las características de la participación de personas de la comunidad en el programa de oncocercosis, se propuso una gráfica en forma de pirámide/escala, la cual corresponde a una adaptación de la versión que aparece en *Participatory Learning and Action*, IIED, London, 1995. El propósito es visualizar en cuáles de las actividades relacionadas con el tratamiento (incluidas en la escala), se concentra más la participación de los ACS. Debido quizá a que las instrucciones no fueron suficientemente claras, la información presentada por los programas requiere ser afinada, por lo cual no se incluye en este documento.

A continuación aparece la información presentada por cada país, siguiendo el formato de la guía antes mencionada.

Brasil

1. Organización del Programa

- Consejo Distrital de Salud conformado por 30 consejeros, 15 de los cuales son usuarios indígenas.
- Se reúne semestralmente
- El aspecto clave que se monitorea en estas reuniones es la organización general de los servicios de salud.

2. Participación Comunitaria en el Programa

Cuadro No. 41. Número de Agentes Indígenas de Salud (AIS) por Polo Base en 2004 y 2005

Estado	Orden	Polo Base	Total de Agentes Indígenas de Salud (AIS)	
			2004	2005
	1	Xitei	4	19
	2	Palimiu	5	10
	3	Alto Catrimani	2	3

3. Actividades de Capacitación

- Capacitación Pedagógica de los Instructores/Supervisores: Enfermeros, Médicos, Odontólogos
- Formación de Agentes Indígenas de Saúde
- Cursos para profesionales de nivel medio (necesidad de servicio).

Curso -1	Elementos fundamentales del trabajo en el DSEI-Y
Curso -2	Salud de la Mujer y DST/AIDS
Curso -3	Epidemiología Básica

Formación de Agentes Indígenas de Salud

Organización del Programa: Modular

- I. Introducción: Historia / Proceso salud - enfermedad / Transmisión / Prevención / IRA / Diarrea
 - II. Enfermedades Endémicas: Medio ambiente y Salud / Tuberculosis / Malaria / Dengue / Control de endemias
 - III. Enfermedades Sexualmente Transmitidas (ETS) / SIDA: Relación intercultural / Vulnerabilidad / Cadena de Transmisión / Alcoholismo
 - IV. Enfermedades de la Piel / Parasitosis Intestinales: Higiene / Saneamiento / Oncocercosis / Leishmaniasis / Cambios Culturales
 - V. Salud de la Mujer / del Niño / Bucal: Papeles sociales / Ciclo biológico / Alimentación / Inmunización / Desarrollo
 - VI. Salud del Adulto y Urgencias: Vida y trabajo / Enfermedades crónicas / Riesgo de vida / Urgencia y Emergencia
- Carga horaria por módulo: Concentración 120 horas y Dispersión 60 horas
 - Principio metodológico: Integración enseñanza-servicio- comunidad (Entrenamiento en servicio)
 - Actividades relacionadas con oncocercosis: Dosis de Mectizan por peso o talla y otros aspectos fueron incluidos en el primer módulo de los ACS
 - Utilización de cartillas temáticas ae06-gucidas
 -

Colombia

1. Estructura organizativa

Comité Nacional de Coordinación: Se reúne anualmente con la participación y asesoría de OEPA, para evaluar el año anterior y planificar el año siguiente.

Comité Departamental: Su objetivo es dar seguimiento a los compromisos definidos y adquiridos en el Comité Nacional coordinando su ejecución en el nivel operativo y garantizando la logística requerida.

El trabajo en el campo se desarrolla con dos equipos de apoyo: equipo de control de vectores (ETV) del nivel departamental (Hospital de López de Micay y Hospital Guapi) y el equipo de participación comunitaria y educación para la salud (a través de una consultoría apoyada por OEPA).

2. Participación comunitaria en el Programa

Desde los inicios del Programa, la distribución de Mectizan ha estado bajo la responsabilidad de una promotora de salud. Con el fin de ampliar la participación de la comunidad, durante el 2005, se capacitaron 42 personas (líderes y madres comunitarias) de las comunidades que reciben tratamiento masivo: Nacióná, López de Micay, Chuare, La Calle, Playa Grande, Lana, Valentín, Playa menuda. Se ha planeado que durante el 2006, las personas capacitadas se vinculen a la distribución de Mectizan. Adicionalmente, en el 2005, se completó la formación de una promotora de la comunidad que será vinculada laboralmente a la Dirección Regional de Salud del Cauca y se continúa haciendo intentos para integrar la medicación con Mectizan a otras actividades de atención en salud.

3. Educación

La capacitación de las personas de la comunidad que se realizó este año incluyó: características de la enfermedad, quién la transmite, qué hacer para eliminarla, el papel que deben jugar las promotoras de salud y los miembros de la comunidad, qué es el Mectizan, para qué sirve, cuándo se debe tomar, qué es la población en riesgo, la población elegible, la población no elegible, la cobertura (%) y ejercicios prácticos para el registro del tratamiento con Mectizan.

La educación se ha enfocado en el fortalecimiento del proceso organizativo comunitario que se desarrolla desde el 2004, utilizando herramientas como la Cartografía Social, la elaboración de un Plan de Vida para la comunidad, El Aserto-metro, El Comunicadoroscopia, Atando y desatando nudos, entre otros.

Como parte del Plan de Vida de la Comunidad, el programa de oncocercosis se ha integrado a un plan de seguridad alimentaria obteniendo hasta el momento los siguientes resultados.

- 7 grupos comunitarios con proyectos de cría de pollos con galpones construidos
- 2 viveros comunitarios cultivando 11 tipos de semillas introducidas en la región
- 30 familias con 2/3 huertas familiares utilizando las semillas producidas por los viveros comunitarios
- Se han desarrollado recetarios para mejorar la calidad de la nutrición a nivel familiar y comunitario.

La educación escolar se ha identificado como el punto más crítico para el futuro de la comunidad debido a la precariedad de su desarrollo. En consecuencia, los esfuerzos están centrados en encontrar alternativas para avanzar en este campo.

4. Información y Comunicación

- Utilización de materiales como el franelógrafo y rotafolio (OEPA)
- Utilización de medios audiovisuales como el video y las fotografías
- Elaboración de un video con las personas de la comunidad
- Talleres de pintura y elaboración de figuras de plastilina con los niños
- Producción e implementación de una cartilla llamada el NAICIONITO
- Un juego para ejercitar la memoria sobre oncocercosis
- Un Rompecabezas.

La evaluación de nivel de conocimiento de la comunidad se ha

2. Participación comunitaria en el Programa

Cuadro No. 42. Distribución de los Agentes Locales de Salud (ALS) que apoyan el tratamiento con Mectizan

Equipo de Salud

- Profesionales de Salud
- Auxiliares de Enfermería locales
- Promotores Locales de Salud
- Facilitadores del Programa
- Coordinadoras de Río.

- Preferencias de la población para recibir información sobre el programa:
 - Asamblea 30.1%
 - Video 17.2%

Formas internas de comunicación en la comunidad

- Asambleas Comunitarias. El 94.6% asiste a algún tipo de reunión comunitaria:
 - Constituye un espacio político y social con mayor valor simbólico en el área endémica.
 - Lugar donde se legitiman acciones que serán asumidas por la población.
-

Guatemala

1. Organización del Programa

En el año 2005, se creó el Comité Nacional de Oncocercosis el cual se reúne mensualmente. Una de sus funciones es promover la creación de Subcomités en cada una de las Áreas de Salud endémicas.

El Comité está conformado por:

- Jefe de los Programas de Atención a las Personas
- Coordinador Nacional del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV).
- Coordinador del Subprograma de Oncocercosis.
- Directores de las 7 Áreas de Salud endémicas de oncocercosis
- Coordinadores de Vectores en cada Área de Salud
- Un representante de OEPA
- Un representante de cada una de las 5 Unidades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

2. Aspectos claves a los que les da seguimiento el Comité Nacional

- Revisión y mejoramiento de las normas técnicas del programa, que consiste en:
 - à Actualización del Manual de Referencia del Programa
 - à Revisión de las definiciones operacionales y su adecuada aplicación para el cálculo de coberturas
 - à Mejoramiento de la calidad de los censos y croquis

- Seguimiento de los resultados obtenidos y Un representante de OEPA

representante de OEPA

4. Diagnóstico de la Participación Comunitaria y Educación para la Salud

- Se está realizando en el Foco Central (Suchitepéquez, Sololá y Chimaltenango)
- Para cada comunidad se identificaron las características y niveles de la participación de las personas de la comunidad en el programa
- Se identificaron las estrategias que los trabajadores de salud y los ACS utilizan para dar tratamiento a los casos especiales (ausentes, renuentes) y para promover el apoyo al programa dentro de la comunidad.

Características del Sistema de Salud de Guatemala que son relevantes para el Programa de Oncocercosis

- El Ministerio de Salud de Guatemala tiene un sistema para mejorar la cobertura de Atención Primaria en Salud (SIAS)
- En este Sistema se contratan ONG´s que tiene la responsabilidad de velar por la salud de las comunidades que les han sido asignadas
- Las ONG´s tienen Vigilantes de Salud (VS) que trabajan con las familias y que reciben un incentivo de \$6.5 al mes
- Algunas de las áreas endémicas de Oncocercosis están cubiertas por este sistema.

5. Tipos de Agentes Comunitarios de Salud (ACS) participando en el tratamiento-6.fcm7óhec2(e)tiliz()Jjn8005 Tc04TjT#0miento-6.fcomuigie01

-

Cuadro No. 46. Porcentaje de las comunidades endémicas que son Fincas

	Suchitepéquez	Chimaltenango	
Chicacao Patulul			

Cuadro No. 49. Personal Operativo del Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en México, por Estado y Foco, 2005

Cada brigada visita una comunidad dos veces durante el semestre para lograr la cobertura de 85%, excepto en las 50 localidades de la estrategia 4 rondas en las cuales se distribuye una ronda de tratamiento en cada una de las 4 visitas al año. Sin embargo, en estas últimas comunidades también los brigadistas regresan cuando es necesario para lograr la cobertura de 85%.

2. Capacitación de los trabajadores

Temas:

- Conocimientos y herramientas técnicas para el tratamiento con Mectizan y el manejo del sistema de información (operación del programa, criterios y definiciones operacionales)
- Desarrollo de habilidades para el trabajo comunitario y promoción de la salud
- Motivación, desarrollo humano y trabajo en equipo.

La capacitación se ha llevado a cabo a través de talleres realizados cada uno o dos años desde 1999.

Logros

- Todos los trabajadores están centrados en lograr altas coberturas en todas las comunidades
- Cambio significativo en el modo de operar el programa. Antes la brigada se establecía en un punto central (estático); en la actualidad, se hace búsqueda activa de ausentes, renuentes y enfermos agudos
- Los trabajadores han mejorado notablemente sus habilidades para el trabajo comunitario y para la comunicación
- Mayor compromiso del personal, que utiliza todas las estrategias a su alcance para tratar a todas las personas elegibles
 - à Identifican y forman agentes comunitarios en salud en localidades prioritarias
 - à Retornan a las comunidades donde quedaron personas sin tratar.
- Se ha fortalecido la promoción del programa en las comunidades
 - à Se han enriquecido y diversificado las metodologías para la

4. Información y comunicación

Estrategias

- Talleres
- Reuniones
- Visitas casa por casa
- Entrevistas
-

Cuadro No. 55. Personal involucrado en la medicación con Mectizan por País, 2006

País	No. comunidades endémicas	Población elegible 2005	No. de trabajadores de salud	No de ACS (personas de la comunidad)	No. Total	No. promedio de ACS+TS por Comunidad	Promedio de personas tratadas por ACS + TS	Trabajadores
Colombia	1	1,179	1		1	1.0	1,179	
México-Oaxaca	98	43,585	40		40	0.4	1,090	onco
México- Chiapas Norte	13	6,465	5		5	0.4	1,293	onco
Ecuador	119	20,021	22	94	116	1.0	173	
Guatemala (Foco Central)	321	94,069	227	346	573	1.8	164	
México - Chiapas Sur	559	102,253	113	115	228	0.4	448	onco
Venezuela- Nor-Oriental	465	81,098	154	398	552	1.2	147	
Venezuela- Nor-Central	45	11,636	35	19	54	1.2	215	
Venezuela - Sur	115	5,855	35		35	0.3	167	
Brasil	17	7,522	130	90	220	12.9	34	
Total			762	1,062	1,824			

Conclusiones y recomendaciones generales de la Sesión IV, Educación para la Salud

Por programa nacional:

Brasil

- Aumentar el número de Agentes Indígenas de Salud (AIS) con la perspectiva de hacer sustentable el programa a largo plazo.
- Producir material didáctico e informativo (trípticos, cartillas y videos) acorde con la realidad Yanomami para facilitar la capacitación y divulgación
- Situar a los profesionales de salud en el contexto de las estrategias del Programa de Eliminación de Oncocercosis en las Américas, especialmente el personal de recién ingreso
- Buscar mecanismos de viabilidad de las propuestas ya diseñadas de cooperación para atención integral a la salud indígena en la región fronteriza Brasil – Venezuela.

Colombia

- Establecer los mecanismos de seguimiento para garantizar la sostenibilidad de la integración del programa de Oncocercosis al proyecto de seguridad alimentaria, educación y organización comunitaria
- Diseñar una metodología para evaluar la intervención educativa que se llevó a cabo en la comunidad.

Ecuador

- Identificar los mecanismos que permiten la ejecución del Plan de Intervención que fue elaborado a partir del diagnóstico de IEC.

Guatemala

- Conformar los subcomités de seguimiento a nivel de las siete áreas de salud con el fin de realizar una evaluación permanente del programa
- Dar seguimiento y completar el diagnóstico de participación comunitaria, tanto en el foco central, como en las otras áreas de salud
- A partir de la información generada por el diagnóstico de participación comunitaria, introducir los ajustes necesarios para fortalecer la participación comunitaria.
- Fortalecer la supervisión, monitoreo y seguimiento de distribución de Mectizan en las áreas de Sololá y Chimaltenango y, posteriormente, a las otras áreas

- Mejorar el acompañamiento a los equipos de salud distritales para fortalecer las actividades de educación y promoción en la comunidad
- Promover estrategias para mejorar la participación comunitaria y la educación para la salud con base al análisis del diagnóstico e involucrar a los equipos de salud distritales
- Involucrar a los directores de las áreas de salud en la preparación de la XVI Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis como un mecanismo de fortalecimiento al programa por parte del Comité Nacional.

México

- La conformación de los Comités Locales de Evaluación y Seguimiento en los estados endémicos, favorece la conducción del programa, detectando y solucionando las dificultades que se van presentando, por lo que se recomienda que mejore, cada vez más su funcionamiento, así como que se conforme el Comité Nacional.
- Tomando en cuenta los buenos resultados observados en las actividades de educación para la salud con la utilización de técnicas lúdicas, se recomienda continuar utilizándolas, enfocándose en las comunidades prioritarias con bajas coberturas, migración y renuencia.
- Existe la necesidad de establecer un sistema de información para el registro y seguimiento de las actividades de Educación para la Salud y Participación Comunitaria, generar indicadores y continuar con la evaluación del impacto que estas intervenciones tienen

Sesión V, Delimitación del Área Endémica

Moderador:

Relatores:

Introducción a la sesión V, Ingeniera Dalila Ríos

Fase Previa

“Esta fase se lleva a cabo a través de la realización de EER y su propósito es determinar el

IACO 2002
Conclusiones

S. ochraceum

à
à

S. metallicum

à
à

Conclusiones generales de la XV Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis, IACO 2005

Morbilidad ocular

- Ninguno de los países presentó casos nuevos de ceguera atribuible a oncocercosis.
- En todos los focos que han sido evaluados se demostró una reducción importante de la prevalencia de MfCA. Sin embargo, este indicador permanece positivo en los siguientes focos: Roraima-Amazonas (Brasil) 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".

Tratamiento

- De los 13 focos endémicos de la Región, el foco Sur de Venezuela fue el único que no alcanzó la meta de cobertura del 85% de la población elegible.
- Excepto Ecuador, ninguno de los países tienen establecido un sistema de supervisión del tratamiento que garantice la calidad de las coberturas reportadas.

Educación

- La sesión de educación para la salud (IV) fue muy enriquecedora en la medida en que se pudieron conocer las intervenciones que cada país está llevando a cabo de acuerdo con su realidad y también porque se observó un notable avance en el desarrollo de planes educativos y en la aplicación de diferentes metodologías.

Delimitación del Área endémica

Los indicadores entomológicos, serológicos y oftalmológicos indican que en el Foco de Santa Rosa no hay transmisión.

Las áreas endémicas actualmente bajo tratamiento que son candidatas a ser evaluadas para demostrar ausencia de transmisión son:

Brasil	Comunidades de Waikas, Erico, Alto Catrimani
Colombia	Naicioná

Ecuador

- Revisar los datos oftalmológicos que presentan los programas nacionales y, los registrados en OEPA, con el fin de definir datos unificados. Como resultado, presentar en el 2006 un reporte con los valores de MfCA y QP que hayan sido concensuados (por comunidad y pr



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

Moderador: Dr. Jorge Méndez

Jueves 17 de noviembre

Sesión III Coberturas de Tratamiento

Moderador: Dr. José Rumba

Relatores: Dr. Carlos Botto

Dra. Mildred Sáez

Dra. Edna Rojas

8:00

Conferencia: "*Altas coberturas son la clave para la eliminación de la oncocercosis y trabajadores bien entrenados y muy dedicados lo son para lograr altas coberturas*". Dr. Richard Collins

Preguntas y Respuestas
