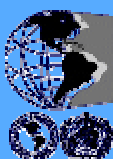


**Estrategia mundial
para aliviar
la carga de la lepra y
sostener las actividades de
control de la enfermedad**

(período del Plan: 2006–2010)



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Traducción al español de la
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Estrategia mundial para aliviar la carga de la lepra y sostener las actividades de control de la enfermedad

(período del plan: 2006-2010)



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

**Traducción al español de la
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

© Organización Mundial de la Salud 2005

Se reservan todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros de análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en la presente publicación sea completa y exacta. La Organización no podrá ser considerada responsable de ningún daño causado por la utilización de los datos.

Índice

Siglas	vii
Resumen	viii
Descripción breve de la enfermedad	ix
1 Introducción	1
1.1 Logros principales de la estrategia de eliminación.....	2
1.2 Antecedentes y justificación.....	2
2 Situación actual	4
2.1 Mundial.....	4
2.2 Regiones de la OMS	6
2.2.1 Región de África.....	6
2.2.2. Región de las Américas	6
2.2.3 Región de Asia Sudoriental.....	7
2.2.4 Región del Mediterráneo Oriental.....	7
2.2.5 Región del Pacífico Occidental	7
2.3 Principales retos.....	7
3 Conceptos básicos y principios orientadores de la Estrategia Mundial	8
3.1 Actividades de control de la lepra	8
3.2 Temas clave	8
3.3 Principios orientadores	8
3.4 Meta.....	9
3.5 Objetivos principales	9
4 Sustener las actividades de control de la lepra	10
4.1 Razones para sostener las actividades de control de la lepra	10
4.2 Actividades para sostener el control de la lepra	10
4.3 Mecanismos para sostener las actividades de control de la lepra.....	11
4.4 Importancia de la integración en relación con la sostenibilidad.....	12
4.5 Actividades que se deben integrar	12
5 Aspectos estratégicos	12
5.1 Situación epidemiológica	12
5.1.1 Países que todavía no han alcanzado la meta de eliminación.....	12
5.1.2 Países con baja endemicidad	13
5.2 Situaciones difíciles y de desastre	13
5.3 Aspectos operativos.....	13
5.3.1 Aumento de la calidad de los servicios	13
5.3.2 Tratamiento multimedicamentoso gratuito.....	14

5.3.3	Prácticas adecuadas de registro	14
5.3.4	Fortalecimiento de la capacidad y la competencia dentro de los programas integrados	14
5.3.5	Mayor concientización y participación de la comunidad	15
5.3.6	Seguimiento, supervisión y evaluación.....	15
5.4	Equidad y justicia social.....	15
5.4.1	La lepra y los derechos humanos.....	15
5.4.2	El concepto de género	16
5.4.3	Llegar a grupos especiales de la población	16
5.4.4	La lepra en las zonas urbanas	16
5.5	La asistencia al paciente	17
5.5.1	Servicios para la remisión de pacientes y la atención a largo plazo	17
5.5.2	Prevención y tratamiento de las deficiencias y discapacidades.....	17
5.5.3	Rehabilitación.....	17
5.6	Investigación.....	18
5.7	Alianzas de trabajo	18
6	Indicadores para el seguimiento y la evaluación.....	18
6.1	Indicadores principales para el monitoreo del progreso	19
6.1.1	Número y tasa de casos nuevos detectados por año	19
6.1.2	Tasa de de finalización del tratamiento y de curación	20
6.2	Otros indicadores para la detección de casos	20
6.3	Indicadores para el tratamiento y el seguimiento de los pacientes.....	21
7	Sistema de vigilancia de la lepra	21
7.1	Sistema de notificación.....	21
7.2	Revisión de los programas.....	21
7.3	Base de datos sobre el suministro de medicamentos	21
8	Resultados previstos para 2010	22
9	Bibliografía.....	23

Siglas

BCG	bacilo de Calmette-Guérin
IEC	información, educación y comunicación
MB	lepra multibacilar
TMM	tratamiento multimedicamentoso
ONG	organización no gubernamental
PB	lepra paucibacilar
OMS	Organización Mundial de la Salud

Resumen

Los principios básicos del control de la lepra, que se funda en la detección oportuna de casos nuevos y la terapia eficaz en forma de tratamiento multimedicamentoso, no cambiarán en los próximos años. Se continuará haciendo hincapié en proporcionar a los pacientes atención de buena calidad, equitativamente distribuida, asequible y fácilmente accesible. Por el momento, no hay ningún instrumento técnico ni información nuevos que justifiquen algún cambio drástico en la estrategia de control de la lepra.

Sin embargo, es urgente efectuar cambios decisivos en la organización del control de la lepra, en la actitud de los prestadores y los beneficiarios de la asistencia sanitaria, y en los convenios de trabajo entre todos los socios.

Los elementos principales de la estrategia son los siguientes:

- sostener las actividades de control de la lepra en todos los países donde la enfermedad es endémica
- usar la detección de casos como el principal indicador para vigilar el progreso
- tratar de alcanzar una gran calidad en el diagnóstico, el tratamiento, el registro y la notificación de los casos en todas las comunidades endémicas
- fortalecer los servicios ordinarios y de remisión de pacientes
- abandonar el enfoque de campaña
- crear herramientas y procedimientos domiciliarios y comunitarios integrados y localmente apropiados para la prevención de discapacidades y deficiencias y la prestación de servicios de rehabilitación
- promover la investigación operativa encaminada a mejorar la aplicación de una estrategia sostenible
- promover convenios de trabajo propicios con socios en todos los niveles.

Esta estrategia requerirá el respaldo y el compromiso de todos los que trabajan para alcanzar el objetivo común de controlar la lepra, con el fin de lograr que siga disminuyendo en todo el mundo la carga física y social generada por esta enfermedad.

Descripción breve de la enfermedad

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por *Mycobacterium leprae*. Afecta generalmente a la piel y los nervios periféricos, pero es amplia la gama de manifestaciones clínicas. La enfermedad se clasifica como paucibacilar o multibacilar, según la carga de bacilos. La lepra paucibacilar es una enfermedad más leve, caracterizada por pocas (no más de cinco) lesiones cutáneas hipopigmentadas (pálidas o rojizas) y anestésicas. La lepra multibacilar se acompaña de lesiones cutáneas múltiples (más de cinco), nódulos, placas, engrosamiento de la dermis o infiltración de la piel y, en algunos casos, afección de la mucosa nasal, que da como resultado congestión nasal y epistaxis. También se puede observar la afección de ciertos nervios periféricos, que a veces causan tipos característicos de discapacidad. En la mayoría de los casos de la enfermedad tanto paucibacilar como multibacilar, el diagnóstico es sencillo, pero en una proporción pequeña de los casos los presuntos pacientes sin zonas cutáneas anestésicas tienen que ser examinados por un especialista para buscar otros signos cardinales de la enfermedad, incluidos la afección nerviosa y una prueba de laboratorio con resultados positivos (en un frotis cutáneo obtenido mediante incisión), si es posible efectuarla de manera fiable

Entre las enfermedades transmisibles, la lepra es una importante causa de discapacidad física permanente. El diagnóstico y el tratamiento oportunos de los casos, antes de que se haya producido el daño neural, es la forma más eficaz de prevenir la discapacidad; en efecto, el tratamiento eficaz de las complicaciones de la lepra, incluidas las reacciones y la neuritis, puede prevenir o reducir al mínimo la aparición de una mayor discapacidad. La enfermedad y las deformidades de que se acompaña causan el estigma y la discriminación de los pacientes y sus familias en muchas sociedades. El modo de transmisión del bacilo de la lepra sigue siendo incierto, pero la mayoría de los investigadores creen que *M. leprae* se propaga de persona a persona, principalmente como una infección transmitida por microgotas nasales. El período de incubación, en general de 5 a 7 años, es excepcionalmente largo para una enfermedad bacteriana. La edad más frecuente de aparición de la enfermedad se ubica en los primeros años de la edad adulta, generalmente entre los 20 y los 30 años de edad, y rara vez se detecta lepra en niños menores de 5 años. Si bien se considera que los seres humanos son el huésped y el reservorio principal de *M. leprae*, otros animales, incluido el armadillo, han sido señalados como reservorios de la infección. Se desconoce la importancia epidemiológica de estos datos, pero probablemente sea limitada, excepto quizás en América del Norte. A diferencia de la tuberculosis, no hay ningún indicio de que exista una asociación entre la infección por el VIH y la lepra. Se sabe que la vacunación con BCG tiene algún efecto protector contra la enfermedad.

Estrategia mundial para aliviar la carga de la lepra y sostener las actividades de control de la enfermedad

(período del plan: 2006–2010)

1 Introducción

El Plan Estratégico de la OMS para la Eliminación de la Lepra 2000-2005¹ promovió el compromiso de los países donde la enfermedad es endémica de abordar los retos planteados por esta. El componente más importante de la estrategia era garantizar que las actividades de control estarían a disposición de todas las personas afectadas en el establecimiento de salud más cercano y serían accesibles para esos pacientes. (Las actividades de control de la lepra incluyen el diagnóstico, el tratamiento multimedicamentoso, la orientación brindada a los pacientes y sus familias, la educación de la comunidad, la prevención de discapacidades y deficiencias, la rehabilitación y la remisión de pacientes con complicaciones.) La puesta en práctica en gran escala del Plan Estratégico aumentó la cobertura de las actividades de control lepra y trajo muchos casos no detectados antes a los establecimientos de salud para el tratamiento. Sin embargo, en muchos países donde la lepra es endémica, fue lenta la aplicación del Plan. Además, el empleo sistemático de personal e instituciones especializados inhibió el proceso de fortalecer la capacidad y la competencia de los trabajadores generales de salud para que asumieran la responsabilidad del control de la lepra en su propia zona. El objetivo del Plan Estratégico 2000–2005 era la eliminación de la lepra como un problema de salud pública, definida como la reducción de la prevalencia a menos de 1 caso por 10 000 habitantes a nivel nacional. La Estrategia Mundial 2006-2010 para Aliviar la Carga de la Lepra y Sostener las Actividades de Control de la Enfermedad es una evolución natural del Plan Estratégico, encaminada a afrontar los desafíos restantes y reducir aún más la carga de morbilidad generada por la lepra.

El principio básico del control de la lepra es el “control de la morbilidad”, es decir, la detección oportuna de nuevos casos, la terapia eficaz en forma de tratamiento multimedicamentoso, la prevención de discapacidades y la rehabilitación. Esto no cambiará en los próximos años. Se continuará haciendo hincapié en proporcionar a los pacientes atención de buena calidad, equitativamente distribuida, asequible y fácilmente accesible. Por el momento, no hay ningún instrumento técnico o información nuevos que justifiquen algún cambio drástico en la estrategia de control.

¹ World Health Organization. *The final push towards elimination of leprosy: strategic plan 2000–2005* (documento WHO/CDS/CPE/CEE/2000.1). Ginebra, 2000.

En el presente documento se presenta un panorama de la Estrategia Mundial. Junto con las normas operativas más detalladas (que se publicarán en el transcurso de 2005), permitirá a los países elaborar su propia estrategia y planes de acción específicos.

1.1 Logros principales de la estrategia de eliminación

Los considerables logros en la reducción de la carga mundial de la lepra durante los dos últimos decenios son el resultado de dos sucesos importantes en la historia de la lucha contra la enfermedad. El primero tuvo lugar en 1981, cuando el Grupo de Estudio de la OMS sobre Quimioterapia de la Lepra recomendó el uso del tratamiento multimedicamentoso como la terapéutica ordinaria.² El éxito de dicho tratamiento condujo al segundo suceso, en 1991, cuando la 44.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA44.9,³ donde declara su compromiso de eliminar la lepra como un problema de salud pública para fines de 2000, es decir, lograr una prevalencia inferior a 1 caso por 10 000 habitantes.

- Entre 1985 y comienzos de 2005, se diagnosticaron y habían finalizado el tratamiento multimedicamentoso más de 14 millones de enfermos de lepra, y fueron escasas las recaídas notificadas.
- El número de países que informan tasas de prevalencia por encima de 1 por 10 000 habitantes se ha reducido de 122 en 1985 a 9 a comienzos de 2004.
- Ha habido un considerable aumento de la cobertura de los servicios para pacientes con lepra en zonas de difícil acceso y en poblaciones subatendidas.
- Desde 1995, en todos los países donde la lepra es endémica se han distribuido por conducto de la OMS y en forma gratuita los medicamentos requeridos para el tratamiento multimedicamentoso.
- Hay ahora un mayor conocimiento y compromiso político en todos los países donde la enfermedad es endémica.
- Existe una mayor aceptación de la idea de integrar las actividades de control de la lepra en los servicios generales de salud y se está aplicando esta política en la mayoría de los países.

1.2 Antecedentes y justificación

En vista de la necesidad de sostener los servicios de control de la lepra durante muchos años, es preciso llevar a cabo un cambio que permita pasar del enfoque de la eliminación como una campaña a un proceso a largo plazo consistente en mantener servicios

² Organización Mundial de la Salud. *Quimioterapia de la lepra para los programas de lucha: informe de un Grupo de Estudio de la OMS* (OMS, Serie de Informes Técnicos, No. 675). Ginebra, 1982.

³ Se puede consultar en: www.who.int, "Governance" (consultado el 8 de junio de 2005).

integrados de gran calidad que, además de la detección de casos y el tratamiento multimedicamentoso, incluyan la prevención de las discapacidades y la rehabilitación. Este proceso puede aprovechar los avances logrados mediante la campaña de eliminación, como la mayor conciencia acerca de la lepra, el compromiso político y la participación de los servicios generales de salud.

A pesar de que la carga de la lepra se ha reducido sustancialmente, en el futuro previsible seguirán apareciendo nuevos casos en la mayoría de los países donde actualmente es endémica la enfermedad. Los principios básicos para el control de la lepra más allá del año 2005 seguirán basándose en la detección y el tratamiento tempranos de los pacientes. Las instituciones sanitarias deben continuar prestando a estas comunidades servicios de calidad para el control de la lepra durante un tiempo previsible. Es preciso contar con expertos en la lepra y su control a nivel nacional e infranacional. Las unidades especializadas en esta enfermedad deben actuar como puntos de enlace para las actividades de control, abordando los problemas técnicos y las actividades de coordinación como parte del plan nacional de salud general. Sin embargo, es más conveniente integrar estas unidades especializadas en los servicios prestados para otras enfermedades endémicas. Una unidad central, generalmente dependiente del ministerio de salud, debe ser responsable de las actividades de promoción de la causa, la formulación de políticas, la orientación y el adiestramiento técnicos, la planificación, el seguimiento y la evaluación. También se debe contar con componentes especializados dentro de los servicios generales de salud de nivel intermedio para que se hagan cargo de la supervisión técnica, el asesoramiento, la remisión de pacientes (incluidos los de los hospitales) y la investigación. Según las condiciones locales (por ejemplo, la incidencia y la prevalencia de la lepra; la disponibilidad y el nivel del adiestramiento de diversas categorías de personal de salud), cada país o región tiene que decidir en qué nivel del sistema de salud debe existir ese apoyo especializado. En países y zonas donde la enfermedad es endémica y hay una prevalencia muy baja, estas unidades pueden ser la única forma eficaz de prestarle a la comunidad servicios de control de la lepra.

Es necesario mantener los logros alcanzados hasta el presente y se requiere la vigilancia y el monitoreo constantes para detectar y tratar las recaídas y la posible aparición de farmacorresistencia, en particular a la rifampicina. Además, a medida que se reduzca más la carga de morbilidad, se tornará cada vez más difícil mantener el grado actual de interés del público y el gobierno en el control de la lepra, especialmente cuando hay problemas de salud más graves que compiten con esta enfermedad.

La clave será integrar todos los componentes esenciales de las actividades de control en el sistema existente de atención primaria de salud. Esto debe incluir la utilización y fortalecimiento de establecimientos integrados para la remisión de pacientes con el fin de tratar las complicaciones de la lepra y problemas relacionados con la atención crónica. Esa estrategia exigirá una planificación cuidadosa y puede requerir diferentes enfoques a nivel nacional e infranacional dentro de un mismo país, según la carga local de la lepra y la disponibilidad de la infraestructura sanitaria apropiada.

Por consiguiente, en estrecha consulta con los Estados Miembros, las regiones de la OMS y los socios, se ha elaborado una Estrategia Mundial con el propósito de mantener las actividades de control de la lepra dondequiera que exista la enfermedad. Esto ayudará a

sostener los avances logrados por la estrategia de eliminación y a reducir aun más la carga de morbilidad en todos los países donde la enfermedad es endémica.

2 Situación actual

La OMS reúne periódicamente datos sobre la prevalencia registrada y nuevos casos detectados en las diversas regiones de la OMS y en los países. Se sabe que en estos datos influyen varios factores operativos y bs diversos métodos usadas para la detección de casos, el tratamiento y los procedimientos de registro.

2.1 Mundial

Durante los dos últimos decenios, el volumen de casos a nivel mundial ha descendido casi 90%. A comienzos de 2004, sólo se registraron unos 0,46 millones de pacientes para el tratamiento y, durante el año 2003, se detectaron en todo el mundo alrededor de 0,5 millones de casos nuevos (cuadro 1).

Cuadro 1. Situación de la lepra por región de la OMS a comienzos de 2004 (sin incluir Europa)

Región de la OMS	Prevalencia registrada a comienzos de 2004 (por 10 000 habitantes)	Casos detectados durante el año 2003 (por 100 000 habitantes)
África	51 233 (0,8)	
Américas	86 652 (1,0)	52 435 (6,2)
Asia Sudoriental	304 296 (2,0)	405 147 (26,5)
Mediterráneo Oriental	5 780 (0,1)	47 006 (7,2)
Pacífico Occidental	10 449 (0,1)	6 190 (0,4)
Total	458 428	514 718

La detección mundial anual informada alcanzó un valor máximo de 804 000 casos en 1998, se estabilizó luego en alrededor de 750 000 casos y cayó después a aproximadamente 621 000 casos en 2002 y 515 000 en 2003 (cuadro 2).

Cuadro 2. Nuevos casos detectados entre 2001y 2003, por región de la OMS (sin incluir Europa)

Región de la OMS	Número de nuevos casos detectados durante el año:		
	2001	2002	2003
África	39 612	48 248	47 006
Américas	42 830	39 939	52 435
Asia Sudoriental	668 658	520 632	405 147
Mediterráneo Oriental	4 758	4 665	3 940
Pacífico Occidental	7 404	7 154	6 190
Total	763 262	620 638	514 718

El cuadro 3 muestra la prevalencia de la lepra a comienzos de 2004 y la detección de casos durante 2003 en los nueve países donde, según la última información reunida, la prevalencia de los casos de lepra registrados para el tratamiento aún es superior a la meta de eliminación de 1 por 10 000 habitantes. En conjunto, representan cerca de 88% de los nuevos casos detectados durante el año 2003 y 84% de los casos registrados a comienzos de 2004. Esos países son: Angola, Brasil, India, Madagascar, Mozambique, Nepal, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo y la República Unida de Tanzania.

Cuadro 3. Países donde todavía no se había alcanzado la meta de eliminación a comienzos de 2004

País	Número de casos registrados a comienzos de 2004 (tasa por 10 000)	Número de casos detectados durante 2003 (tasa por 100 000)
Angola	3 776 (2,8)	2 933 (22,1)
Brasil	79 908 (4,6)	49 206 (28,6)
India	265 781 (2,4)	367 143 (34,0)
Madagascar	5 514 (3,4)	5 104 (31,1)
Mozambique	6 810 (3,4)	5 907 (29,4)
Nepal	7 549 (3,1)	8 046 (32,9)
República Centroafricana	952 (2,6)	542 (14,7)
República Democrática del Congo	6 891 (1,3)	7 165 (13,5)
República Unida de Tanzanía	5 420 (1,6)	5 279 (15,4)
Total	382 601	451 325

2.2 Regiones de la OMS

2.2.1 Región de África

La tasa anual de detección de nuevos casos ha aumentado en años recientes en varios países de la Región (Angola, Madagascar, Mozambique, República Democrática del Congo y República Unida de Tanzanía). Esto puede reflejar los esfuerzos realizados para ampliar las actividades de control de la lepra, en particular en las zonas anteriormente perturbadas por problemas de seguridad. En ciertos países tal vez se requieran esfuerzos especiales para establecer las actividades de control de la lepra en zonas afectadas por la guerra civil.

2.2.2. Región de las Américas

Es difícil interpretar los datos de la región debido a la expansión de los servicios de salud y las diferencias entre los países en la definición y las políticas de registro de los casos. La mayor parte de la carga de morbilidad en esta región corresponde a Brasil. A pesar de que la prevalencia se ha reducido sustancialmente durante 2004, la tendencia de la detección de casos no ha mostrado ninguna disminución en dicho país durante varios años.

2.2.3 Región de Asia Sudoriental

La región sobrelleva la mayor carga de la lepra a nivel mundial. Hay datos fidedignos de recientes disminuciones en las tasas de detección de casos en la India, Bangladesh y Myanmar, pero no en Indonesia. La tendencia de la detección de casos en este último país se ha mantenido estable en los tres últimos años.

2.2.4 Región del Mediterráneo Oriental

Las tendencias de la prevalencia y la detección de casos indican que la lepra ya no es un problema de salud importante en la mayoría de los países de esta región. Sin embargo, los servicios de control de la enfermedad han sido seriamente perturbados por los disturbios en varios países, por ejemplo, en Afganistán, Somalia y partes del sur y el oeste de Sudán.

2.2.5 Región del Pacífico Occidental

La lepra ha disminuido en la mayoría de los países de esta región. China, Filipinas y Viet Nam siguen informando 1 000 o más nuevos casos al año.

2.3 Principales retos

- Continuar el progreso hacia la meta de =1 caso por 10 000 habitantes en los países que aún no la han alcanzado.
- Mantener la calidad de los servicios en los sistemas integrados y en las situaciones de baja endemicidad.
- Fortalecer la vigilancia, la logística de la distribución de medicamentos, la información, la educación y la comunicación (IEC), la capacitación en el trabajo del personal de los servicios generales de salud y una red eficaz de remisión de pacientes.
- Evaluar la magnitud de la carga de discapacidades causadas por la lepra y crear los instrumentos y procedimientos apropiados para abordar los problemas relacionados con la prevención de discapacidades y la rehabilitación en entornos integrados.
- Ampliar la cobertura de las actividades de control de la lepra en comunidades y zonas subatendidas o marginadas.
- Reducir más el estigma y la discriminación de las personas afectadas y sus familias, y promover la corrección o la supresión de legislación obsoleta.
- Reducir el desequilibrio entre los sexos observado en la detección de casos nuevos en algunos programas.
- Forjar alianzas eficaces basadas en la confianza mutua, la igualdad y la unidad del propósito.

- Determinar el grado apropiado de prioridad para la lepra en relación con otros retos de salud y desarrollo más serios enfrentados por las comunidades.
- Lograr un grado apropiado de prioridad en la asignación de los recursos externos, en el contexto de un desplazamiento de las prioridades y los recursos hacia otros retos.

3 Conceptos básicos y principios orientadores de la Estrategia Mundial

3.1 Actividades de control de la lepra

El control de una enfermedad implica la reducción de la incidencia y la prevalencia, así como de la morbilidad y la mortalidad, a un nivel localmente aceptable, como resultado de esfuerzos deliberados. Es preciso continuar las intervenciones para mantener la reducción. Las actividades de control de la lepra organizadas por el sistema de salud incluyen el diagnóstico, el tratamiento multimedicamentoso, la orientación brindada a los pacientes y sus familias, la educación de la comunidad, la prevención de discapacidades y deficiencias, la rehabilitación y la remisión de los pacientes con complicaciones.

Una traducción directa de la palabra “servicios” puede crear confusión en algunos idiomas, ya que el término “servicios de control de la lepra” puede interpretarse equivocadamente como programas verticales para combatir la enfermedad. Cuando se presenta este problema, se puede usar un término alternativo, como “actividades contra la lepra”.

3.2 Temas clave

- La oportunidad de reducir la carga de morbilidad por medio de la localización y el tratamiento de casos, la vacunación con BCG y mejores condiciones socioeconómicas.
- El grado apropiado de prioridad para la lepra en relación con otros retos de salud y desarrollo más serios a los que se enfrentan las comunidades.
- El grado apropiado de prioridad que se debe asignar con respecto a los recursos externos en el contexto de un desplazamiento de las prioridades y los recursos hacia otros retos.

3.3 Principios orientadores

- La detección de casos y el suministro temprano del tratamiento multimedicamentoso siguen siendo la piedra angular del control de la lepra.

- Un enfoque integrado que utilice al personal de los servicios generales de salud.
- El continuo compromiso político y recursos suficientes para el control de la lepra.
- La aceptación, el compromiso y la participación decididos de las comunidades.
- La instauración de actividades de control de la lepra de gran calidad que sean fácil y equitativamente accesibles para todos, incluidos los servicios de remisión de pacientes crónicos o que sufren complicaciones
- El consenso y la voluntad de colaborar de todos los socios.
- La Estrategia Mundial debe sostener el impulso proporcionado por el Plan Estratégico 2000-2005 y reducir la incidencia de la enfermedad en las comunidades endémicas. Es preciso dedicar especial atención a los nueve países que todavía tienen una alta carga de morbilidad.
- La Estrategia Mundial requiere el compromiso y recursos continuos de los países, apoyados por los organismos internacionales, para que se sostengan los servicios de control de la lepra.
- La Estrategia Mundial tendrá éxito sólo si es aceptada por consenso y apoyada por un fuerte espíritu de colaboración entre las comunidades afectadas, los gobiernos nacionales y las organizaciones no gubernamentales internacionales y locales.
- Dada la heterogeneidad de la situación de lepra en el mundo, la Estrategia Mundial insta a los gobiernos nacionales a establecer metas y objetivos apropiados y planes de acción eficaces específicos para el país con el fin de lograr la accesibilidad, la detección oportuna de casos y la observancia del tratamiento. Se insta a las autoridades nacionales a adaptar la Estrategia Mundial a su situación epidemiológica, su propio compromiso, la disponibilidad de recursos y la capacidad de los sistemas locales de salud existentes.

3.4 Meta

La meta de la Estrategia Mundial es reducir más la carga de la lepra y brindar acceso a servicios de control a todas las comunidades afectadas, conforme a los principios de equidad y justicia social.

3.5 Objetivos principales

- Prestar servicios de gran calidad a todas las personas afectadas por la lepra.

- Mejorar la eficacia en función de los costos al integrar y descentralizar las actuales actividades de control de la lepra dentro de la infraestructura sanitaria local existente, incluidos los establecimientos para la remisión de pacientes y los componentes del monitoreo.
- Mantener el compromiso político y aumentar las actividades en colaboración con todos los socios a nivel mundial, nacional y regional.
- Mejorar las actividades de promoción de la causa encaminadas a reducir el estigma y la discriminación de las personas y las familias afectadas por la lepra.
- Fortalecer los componentes de monitoreo y supervisión del sistema de vigilancia.
- Fortalecer la capacidad de los trabajadores de salud en el entorno integrado.

4 Sostener las actividades de control de la lepra

La **sostenibilidad** es la capacidad de un programa de mantener la calidad y la cobertura de los servicios a un nivel que permita el control continuo y la reducción adicional de un problema de salud, a un costo que sea asequible para el programa y la comunidad.

4.1 Razones para sostener las actividades de control de la lepra

- Es necesario proteger los logros alcanzados hasta el momento.
- Continuarán presentándose nuevos casos, que requieren diagnóstico, tratamiento y atención.
- Es preciso efectuar el seguimiento para detectar reacciones y recaídas con el fin de prevenir la aparición de la farmacorresistencia y el recrudecimiento de la enfermedad.
- Hay muchas personas que padecen las consecuencias de la lepra o corren el riesgo de sufrir reacciones y deficiencias relacionadas con la enfermedad.

4.2 Actividades para sostener el control de la lepra

Con el propósito de mantener los beneficios para la salud que aporta el control de la lepra, las “actividades de control de la lepra de gran calidad” deben incluir lo siguiente:

- Creación de conciencia en la comunidad acerca de la autnotificación, la información, educación y comunicación, y el fortalecimiento de la capacidad de los servicios de salud:

- diagnóstico oportuno en los establecimientos de salud periféricos: casos sencillos con zonas cutáneas anestésicas, de lepra tanto paucibacilar como multibacilar
- derivación de otros presuntos casos para el examen más a fondo.
- Tratamiento de los pacientes:
 - tratamiento multimedicamentoso gratuito, administrado de manera sencilla y flexible
 - orientación e información, educación y comunicación eficaces brindadas a los pacientes y miembros de sus familias
 - reconocimiento y tratamiento de las complicaciones
 - remisión para la atención de las complicaciones, cuando sea necesario
 - atención correcta de presuntas recaídas
 - prevención de discapacidades y autocuidado (incluido el calzado con un diseño adecuado) para los pacientes con lesiones neurales
 - participación en programas comunitarios de rehabilitación
 - remisión de los pacientes para intervenciones de rehabilitación efectuadas por especialistas, cuando esté indicado.
- Equidad y justicia social:
 - las personas afectadas por la lepra serán tratadas en todos los establecimientos de salud como los otros pacientes
 - respeto a la privacidad y la confidencialidad
 - promoción de la causa e información al público para reducir el estigma y la discriminación
 - inclusión en cualquier disposición del gobierno para beneficiar a los discapacitados (por ejemplo, pensiones por discapacidad).

4.3 Mecanismos para sostener las actividades de control de la lepra

- Integración en los servicios sanitarios básicos y generales existentes, adecuadamente apoyados por una red de remisión de pacientes que también presta servicios para otras enfermedades y trastornos.
- Fortalecimiento de la capacidad y la competencia de los prestadores de asistencia sanitaria mediante la educación en las escuelas para la formación de médicos y paramédicos, la motivación, la capacitación en el empleo, la reorientación profesional y la supervisión técnica. Una mayor concientización de la comunidad y fortalecimiento de la capacidad mediante la IEC y la participación de la comunidad.

4.4 Importancia de la integración en relación con la sostenibilidad

En el contexto de sostener los servicios contra la lepra, la integración implica la participación activa de los servicios generales de salud en las actividades de control de la enfermedad. Estos servicios asumirán la responsabilidad exclusiva de ese control en sus zonas, como parte de sus actividades ordinarias cotidianas. Sin embargo, la naturaleza de la atención y la categoría del personal involucrado variarán de un país a otro, según la estructura y los recursos de los servicios generales de salud.

La justificación de este enfoque es que los servicios generales de salud tienen una distribución amplia y un contacto cercano y frecuente con la comunidad local y, al incluirlos en el control de la lepra, mejorarán la detección de casos, la retención de los pacientes y la conciencia de la comunidad local acerca de la enfermedad. Aparte de los costos necesarios para adiestrar a los trabajadores generales de salud para sus nuevas tareas, se espera que, con el transcurso del tiempo, el costo operativo de un programa integrado sea muy inferior al de un programa especializado, unifuncional, contra la lepra.

La integración mejorará la eficiencia y la eficacia, optimizará la utilización de los recursos, promoverá una mayor equidad, reducirá el estigma y la discriminación, y logrará la sostenibilidad a largo plazo.

4.5 Actividades que se deben integrar

- Todas las tareas y las funciones relacionadas con la lepra, que en todo momento deben cumplirse dentro del sistema existente de atención primaria de salud, evitando en la medida de lo posible la segregación o la existencia de lugares o servicios especiales para la lepra.
- Toda las actividades de gestión y apoyo, por ejemplo, la planificación, los sistemas de información, el adiestramiento y la supervisión.
- Todos los componentes de organización, por ejemplo, los servicios para remisión de pacientes, el apoyo y las actividades de concientización de las comunidades y la participación en el prorratio de otros recursos.
- La promoción de la investigación básica y operativa encaminada a mejorar los conocimientos vinculados con la lepra y su control.

5 Aspectos estratégicos

5.1 Situación epidemiológica

5.1.1 Países que todavía no han alcanzado la meta de eliminación

Los países que todavía no han logrado la meta de eliminación deberán continuar sus esfuerzos para reducir la carga de morbilidad en los próximos años, según se recomienda en la estrategia expuesta en este documento. Los países que han incluido la meta de

eliminación en su planificación a largo plazo más allá de 2005 pueden seguir persiguiendo esta meta, incluido el uso de la “prevalencia” como un indicador principal además de los mencionados en la sección 6, presentada más adelante. Varios de estos países están afrontando retos graves, en particular problemas de seguridad en muchas de las naciones africanas. Estos países también deben reconocer la necesidad de sostener los servicios de lepra en el futuro, ya que se seguirán presentando números apreciables de casos de la enfermedad muchos años después de que se haya logrado la meta de la eliminación.

5.1.2 Países con baja endemicidad

En las situaciones donde todavía se presentan pocos casos nuevos, por ejemplo, en algunos países de las regiones del Mediterráneo Oriental y del Pacífico Occidental, puede ser poco práctico, insostenible y costoso mantener a nivel periférico la gama total de servicios especializados para controlar la enfermedad. Se debe contar con establecimientos en el siguiente nivel superior para la remisión de pacientes con lepra que requieran atención especializada, con el fin de que cubran una zona grande y, por lo tanto, sean más económicos.

Para aumentar la eficacia del programa, esos establecimientos tienen que ser integrados en las instituciones para remisión existentes que apoyan a los servicios generales de salud, por ejemplo, los departamentos de dermatología, neurología, cirugía (ortopédica), etc. Es preciso seleccionar establecimientos adecuados para la remisión a nivel de distrito, provincial y estatal, que apoyen a los trabajadores periféricos de salud en el diagnóstico y el tratamiento de la lepra. La supervisión de las actividades en el nivel periférico debe ser responsabilidad de los supervisores generales de salud.

5.2 Situaciones difíciles y de desastre

Algunos países afrontan dificultades debido al malestar social o las operaciones militares. Todas las funciones de la asistencia sanitaria se tornan difíciles en tales situaciones. Existen normas para hacer frente a esas dificultades durante los desastres nacionales y provocados por el hombre. Tal vez sea necesario realizar las actividades de control de la lepra usando métodos de ese tipo.

5.3 Aspectos operativos

5.3.1 Aumento de la calidad de los servicios

Es posible que cada programa tenga que definir sus propias normas de calidad de la atención, teniendo en cuenta la capacidad y la competencia del personal sanitario general y la disponibilidad de recursos. Esto se debe reflejar en las metas fijadas para los indicadores de la calidad (véase la sección 6 más adelante).

La calidad de la atención sólo puede ser tan buena como la calidad de la supervisión técnica proporcionada por el programa. Además, contar con el sólido respaldo de un sistema eficiente de remisión mejorará la calidad de atención brindada por los servicios integrados de lepra.

5.3.2 Tratamiento multimedicamentoso gratuito

La detección temprana de los casos y la terapia con tratamiento multimedicamentoso seguirán siendo los elementos clave de la Estrategia Mundial en el futuro previsible. Por consiguiente, habrá una necesidad continua de mantener la calidad y la distribución del tratamiento multimedicamentoso a nivel mundial, así como en los países donde la lepra es endémica. Desde 1995, gracias a una generosa donación de la Fundación Nipona y Novartis, la OMS se ha convertido en el principal proveedor gratuito del mundo de los fármacos usados en el tratamiento multimedicamentoso. Un número cada vez mayor de países dependen ahora de la OMS como única fuente de medicamentos de gran calidad para sus programas de eliminación de la lepra. Novartis se ha comprometido a seguir suministrando gratuitamente los fármacos del tratamiento multimedicamentoso más allá de 2005. El número de países que usan el tratamiento multimedicamentoso proporcionado por la OMS ha crecido a más de 100. Además de los principales países con endemidad que cada año reciben remesas regulares de los fármacos utilizados en el tratamiento multimedicamentoso, otros países con endemidad más baja han solicitado a la OMS suministros de emergencia.

5.3.3 Prácticas adecuadas de registro

Esas prácticas deben incluir:

- la observancia de las normas nacionales y de la OMS sobre la duración del tratamiento
- la actualización periódica del registro de tratamientos a nivel de la atención primaria de salud
- el ofrecimiento al paciente de varias fechas optativas para sus consultas, sobre las necesidades del propio paciente y teniendo en cuenta el entorno y los servicios disponibles
- la orientación habitual, la recuperación de los pacientes que abandonan el tratamiento y el seguimiento
- ningún nuevo registro (reciclaje) de un caso viejo como si fuera nuevo.

5.3.4 Fortalecimiento de la capacidad y la competencia dentro de los programas integrados

Una estrategia clave para mejorar y mantener los servicios de lepra es incluir a los trabajadores de los servicios periféricos generales de salud y a los voluntarios de salud comunitaria en tareas de control de la lepra en las aldeas. Se debe contar con normas

simplificadas para los trabajadores sanitarios generales en todos los establecimientos de salud que presten servicios de control de la lepra. Las instituciones de formación de médicos, paramédicos y otros trabajadores de salud en los países con endemividad deben incluir la lepra en sus programas de estudios, con el fin de que la nueva generación de trabajadores pueda mantener los servicios de control de esta enfermedad en el futuro.

5.3.5 Mayor concientización y participación de la comunidad

El principal propósito de las actividades de concientización de la comunidad será suministrar información exacta acerca de la enfermedad, sus posibilidades de curación y los servicios con que se cuenta en el establecimiento de salud más cercano. El objetivo de esas actividades de información, educación y comunicación debe ser promover la autotificación de nuevos casos y reducir el estigma y la discriminación de los individuos afectados y sus familias. La mayoría de los programas han estado usando diversos métodos de comunicación, incluidos los medios de difusión. Aunque se ha afirmado que esos métodos son eficaces, hay pocos datos publicados que confirman esa aseveración. Existen algunos indicios de que la comunicación interpersonal sigue siendo la mejor manera de transmitir mensajes correctos acerca de la lepra.

5.3.6 Seguimiento, supervisión y evaluación

Es limitada la cantidad de datos acerca de la lepra que puede aportar un programa integrado, ya que también tiene que recopilar datos e informar sobre otras enfermedades. Por consiguiente, los datos recopilados en relación con la lepra tienen que ser mínimos y básicos y formar parte de los formularios de informe mensual usados por los servicios de salud locales, por ejemplo, los informes mensuales sobre mortalidad y morbilidad (véase la sección 6, más adelante).

Sin embargo, se pueden llevar a cabo periódicamente actividades especiales de monitoreo para validar la detección de casos y los indicadores de la calidad de la atención, como parte de la supervisión habitual o mediante equipos independientes que trabajen con muestras.

5.4 Equidad y justicia social

5.4.1 La lepra y los derechos humanos

Los derechos humanos básicos son los derechos a la vida, a la dignidad de la persona, a la igualdad ante la ley y a no sufrir tratamientos inhumanos o degradantes, que han sido incorporados en los derechos constitucionales por muchas naciones. Los principales aspectos de los derechos humanos para las personas afectadas por la lepra son la dignidad de la persona y el acceso igualitario al tratamiento adecuado.

La eficacia del tratamiento multimedicamentoso en la cura de la lepra y las intensas actividades de promoción de la causa en los últimos años han producido en muchas

comunidades cambios positivos en las actitudes del común de la gente hacia las personas afectadas por la enfermedad. Sin embargo, el estigma vinculado con lepra no ha desaparecido por completo en muchos países. En algunas naciones, la repercusión de la discriminación es particularmente grave entre las pacientes con lepra. Se debe abolir toda medida legal o estatutaria que tenga probabilidades de comprometer los derechos al empleo de un individuo afectado por la lepra, ya sea en su propio país o en otro sitio.

5.4.2 El concepto de género

Si bien la lepra puede afectar a los hombres relativamente más que a las mujeres en algunas poblaciones, esto no sucede en todas partes del mundo. Los programas deben buscar que todos los miembros de la comunidad tengan acceso fácil y equitativo a los servicios de lepra.

5.4.3 Llegar a grupos especiales de la población

Es importante llegar a los pacientes que viven en zonas de difícil acceso o situaciones especiales, o a los integrantes de grupos de población subatendidos y marginados, ya que el elemento más crucial del programa de control de la lepra es asistir a todos los pacientes. Es preciso instaurar iniciativas especiales con la finalidad de encontrar a personas que viven en zonas o situaciones difíciles y necesitan el tratamiento y, en segundo lugar, velar por que completen el tratamiento multimedicamentoso. Hay que formular estrategias innovadoras y prácticas que incluyan soluciones básicamente operativas para prestar servicios a estos pacientes. Si un proyecto opera en situaciones en las que la infraestructura sanitaria es débil o no existe, son especialmente necesarias estrategias que promuevan la autosuficiencia y la autoayuda y que incluyan la participación de la comunidad y las organizaciones locales para que puedan mantenerse las actividades.

5.4.4 La lepra en las zonas urbanas

Si bien la estrategia básica para controlar la lepra en las zonas urbanas y periurbanas de todo tipo es similar a la estrategia usada en las zonas rurales, la industrialización rápida y la creciente densidad de las poblaciones migratorias en los barrios pobres plantean retos operativos.

Se debe promover la coordinación entre el gobierno y las organizaciones no gubernamentales, así como con las autoridades sanitarias locales, los dermatólogos y los médicos generales, en particular para lograr que los servicios de control de la lepra sean prestados por todos los organismos y todos los casos nuevos reciban el tratamiento multimedicamentoso.

5.5 La asistencia al paciente

5.5.1 Servicios para la remisión de pacientes y la atención a largo plazo

Los servicios de remisión de pacientes con el propósito de brindar apoyo técnico e instalaciones hospitalarias son esenciales en un programa integrado. La red de remisión debe formar parte del sistema integrado y prestar servicios de remisión para otras enfermedades y afecciones existentes en la zona, por ejemplo, en hospitales de distrito o facultades de medicina. Los requisitos básicos son la disponibilidad de personal adecuadamente adiestrado y la infraestructura necesaria. Los servicios de remisión que incluyan las especialidades apropiadas desempeñarán una función útil al prestar la atención necesaria.

Un aspecto con frecuencia descuidado es la prestación de servicios de atención a largo plazo a los pacientes que padecen las secuelas de lesiones neurales, por ejemplo, úlceras crónicas en los pies o reacciones de la lepra crónica. Estos enfermos necesitarán, además de intervenciones médicas y quirúrgicas, el apoyo de servicios adecuados de orientación.

5.5.2 Prevención y tratamiento de las deficiencias y discapacidades

Tal vez sea necesario reevaluar la situación actual con respecto al número de personas que viven con discapacidades y deficiencias relacionadas con la lepra, en particular a escala nacional. Además, los programas deben procurar que las personas afectadas por la lepra tengan acceso a los servicios prestados por otros programas que tratan otras enfermedades o afecciones discapacitantes.

Las intervenciones encaminadas a impedir que se produzcan o empeoren discapacidades y deficiencias son la detección temprana y el tratamiento eficaz de las reacciones y las lesiones neurales relacionadas con lepra; la orientación adecuada sobre el autocuidado; la participación de los miembros de la familia en la asistencia domiciliaria; la fabricación y el uso de calzado protector y otros artefactos de producción local que sean cultural y estéticamente aceptables.

5.5.3 Rehabilitación

Todas las sociedades están básicamente organizadas para los modos de vida de las personas no discapacitadas y esperan que las personas que sufren alguna discapacidad cambien, en lugar de que ellas realicen un esfuerzo para reorganizarse con el fin de dar cabida a sus miembros desfavorecidos. El concepto de rehabilitación abarca aspectos que están directamente vinculados con la situación socioeconómica del país y problemas relacionados con la pobreza, la desigualdad y el desarrollo sostenible. Por consiguiente, es importante que la sociedad incluya a las personas afectadas por la lepra en los programas de rehabilitación de otros miembros desfavorecidos de la comunidad que estén en curso. Muchos proyectos han demostrado los beneficios positivos y la eficacia en función de los costos de usar métodos de rehabilitación comunitaria para abordar este problema.

5.6 Investigación

La Estrategia Mundial necesitará información aportada por los estudios en curso y futuros que se realicen a nivel mundial, para mejorar la calidad y la cantidad de los instrumentos y procedimientos disponibles para el control de la lepra. Las áreas prioritarias para la investigación son la prevención y el tratamiento del deterioro neural funcional y las reacciones, el mejoramiento de la quimioterapia, la creación y perfeccionamiento de medios de diagnóstico con el fin de identificar a los individuos de la comunidad que corren un alto riesgo de contraer lepra y la investigación operativa para mejorar la sostenibilidad y la integración de los servicios de control de la lepra.

5.7 Alianzas de trabajo

La alianza es un acuerdo de trabajo conjunto en el cual socios independientes cooperan para alcanzar una meta común.

El término “cooperación” incluye: la planificación, la puesta en práctica, el intercambio de información y compartir por igual los riesgos y las recompensas. El objetivo es mejorar el desempeño, evitar la duplicación de esfuerzos, mejorar la eficacia en función de los costos y prevenir los conflictos de ideologías. El resultado previsto es la prestación de servicios de gran calidad a las personas afectadas por la lepra.

Las alianzas se basan en la confianza, el respeto y la comprensión mutuos. Es preciso verlas como un proceso de colaboración con los gobiernos de los países donde la enfermedad es endémica para alcanzar la meta común de sostener servicios de control de la lepra de gran calidad para las comunidades afectadas. Esto evitará la duplicación y el derroche de los recursos y, por consiguiente, aumentará la eficacia del programa en todos los niveles.

6 Indicadores para el seguimiento y la evaluación

Los indicadores son las herramientas que permiten medir la magnitud del problema de lepra y el progreso hacia los objetivos del programa. Pueden ser usados para establecer metas relacionadas con la calidad del programa (por ejemplo, la proporción de pacientes con discapacidades de grado 2 entre los casos nuevos, como un indicador de la calidad de la detección de casos; la tasa de finalización del tratamiento como un indicador de la calidad del tratamiento de los pacientes). En vista de las diferentes situaciones en los diversos países, las metas para la calidad deben ser propias del país y basadas en las tendencias recientes.

6.1 Indicadores principales para el monitoreo del progreso

1. Número y tasa por 100 000 habitantes de casos nuevos detectados por año.
2. Tasa de tratamientos finalizados o de curación de los pacientes.
3. Prevalencia registrada: en los países donde todavía no se ha alcanzado la meta de eliminación, la prevalencia de casos registrados seguirá siendo temporalmente un indicador hasta que se alcance la meta (véase la sección 5.1.1 anterior).

6.1.1 Número y tasa de casos nuevos detectados por año

La naturaleza (por ejemplo, el tipo, el grado de discapacidad, etc.) y el número de los casos nuevos detectados en una zona dada se ven influidos principalmente por cuatro factores:

- la eficacia de las actividades de información, educación y comunicación en la promoción de la concientización y la autnotificación
- la competencia de los trabajadores de salud para hacer un diagnóstico certero y oportuno
- la calidad del monitoreo y la supervisión por los directores del programa
- el carácter integral de la cobertura del programa, que incluya a todos los habitantes.

Para velar por la calidad de la detección de casos nuevos, los programas deben procurar que:

- la localización de casos se concentre principalmente en promover la autnotificación, con exámenes clínicos e interrogatorios apropiados para evitar diagnósticos erróneos y el registro repetido
- se observen las definiciones de casos, como las establecidas en las normas nacionales
- los casos tratados anteriormente por completo o en parte no sean registrados como casos nuevos; los casos tratados parcialmente deben recibir tratamiento.

Todos los programas nacionales deben reunir y comunicar esta información, estableciendo la distinción entre lepra paucibacilar y multibacilar y entre el paciente niño y el adulto (datos importantes para calcular la cantidad de fármacos del tratamiento multimedicamentoso).

6.1.2 Tasa de de finalización del tratamiento y de curación⁴

Los dos componentes más importantes del programa de control de la lepra son:

- 1) la detección oportuna de casos nuevos y
- 2) lograr que todos los pacientes nuevos que comienzan el tratamiento multimedicamentoso completen la totalidad del tratamiento en un período razonable.

Una tasa satisfactoria de finalización del tratamiento indica la eficacia de la retención de casos y la orientación que se les proporciona, además de la satisfacción de los pacientes por los servicios. La finalización del tratamiento implica que un paciente con lepra paucibacilar completa seis dosis mensuales de tratamiento multimedicamentoso para este tipo de lepra en un lapso de nueve meses, y que un paciente con lepra multibacilar completa 12 dosis mensuales de tratamiento multimedicamentoso de la enfermedad multibacilar en un período de 18 meses.

Todos los programas nacionales deben realizar el análisis de cohortes para determinar las tasas de finalización del tratamiento de la lepra tanto paucibacilar como multibacilar. Una informe poco satisfactorio sobre la tasa de finalización del tratamiento indica que el director o el supervisor del programa debe encontrar información más detallada sobre el resultado del tratamiento en el consultorio o distrito informante para definir la medida correctiva apropiada, incluido el empleo del tratamiento multimedicamentoso acompañado [¿de otros fármacos?] como una opción para cierta categoría de pacientes que no pueden concurrir con regularidad al establecimiento de salud.

6.2 Otros indicadores para la detección de casos

Se pueden reunir los siguientes indicadores como parte de las actividades especiales de monitoreo con el propósito de evaluar el programa y calcular la cantidad de fármacos necesarios para el tratamiento multimedicamentoso.

- 1) La proporción de casos nuevos que presentan discapacidades o deficiencias de grado 2 en el momento del diagnóstico.
- 2) La proporción de niños entre los casos nuevos.
- 3) La proporción de casos multibacilares entre los casos nuevos.
- 4) La proporción de mujeres entre los casos nuevos.

⁴ Para calcular la tasa de curación, es preciso que los pacientes terminen el tratamiento recomendado y, además, sean sometidos a un examen para determinar la ausencia de una exacerbación o de la aparición de lesiones nuevas. Esto exige un examen más minucioso del paciente y un período de seguimiento más prolongado. Para fines prácticos, se puede usar sobre el terreno la tasa de finalización del tratamiento como indicador aproximado de la tasa de curación.

6.3 Indicadores para el tratamiento y el seguimiento de los pacientes

El programa puede reunir periódicamente mediante el muestreo datos sobre los siguientes indicadores, como parte de un proceso integrado de supervisión.

- 1) La proporción de casos nuevos comprobados como correctamente diagnosticados.
- 2) La proporción de pacientes que no siguen el tratamiento.
- 3) El número de recaídas.
- 4) La proporción de pacientes en los que se presenta una discapacidad nueva o adicional durante el tratamiento multimedicamentoso.

7 Sistema de vigilancia de la lepra

7.1 Sistema de notificación

El actual sistema mundial simplificado de información debe ser adaptado para que resulte compatible con los indicadores mencionados en la sección 6.

7.2 Revisión de los programas

La OMS formulará las normas para ayudar a los directores de programas a determinar las prioridades con respecto a la sostenibilidad de las actividades de control de la lepra y para sugerir las medidas específicas que se podrían tomar. Las normas de revisión establecidas de acuerdo con la estrategia de eliminación siguen siendo válidas y, con algunas modificaciones, también serán importantes para que la estrategia sostenga las actividades de control de la lepra. Las revisiones de los programas seguirán siendo organizadas y coordinadas por el programa mundial de la OMS para el control de la lepra en algunos países con endemividad y se basarán en la información que puede ser recogida por el personal sanitario que trabaja sobre el terreno. Cada programa de control de la lepra es sometido a una revisión periódica por su director y por la OMS.

7.3 Base de datos sobre el suministro de medicamentos

La OMS ha creado una base de datos para vigilar el flujo completo de los medicamentos, desde el proveedor al país beneficiario. También se han elaborado hojas de cálculo y sistemas de gestión de bases de datos como una ayuda para preparar informes periódicos, dondequiera que se disponga de computadoras a nivel de país.

8 Resultados previstos para 2010

- La nueva reducción de la carga de morbilidad a niveles muy bajos.
- Una mejor calidad del diagnóstico, el tratamiento de los casos y las prácticas de registro y un buen sistema de información para la gestión.
- Servicios sostenibles de control de la lepra en todos los países donde a enfermedad sea endémica l.
- El acceso fácil y equitativo a atención de buena calidad mediante los servicios sanitarios generales, incluida una eficaz red integrada de remisión de pacientes.
- Instrumentos y recursos adecuados para la prevención de discapacidades y la rehabilitación.
- Fortalecimiento de las alianzas y acuerdos de trabajo en colaboración con todos los socios.

Podemos esperar un mundo donde sea menor la carga de la lepra, se haya reducido el estigma y la discriminación, las actividades se basen en principios de equidad y justicia social y existan sólidas alianzas fundadas en la igualdad y el respeto mutuo en todos los niveles.

9 Bibliografía

- Cairncross S et al. Vertical health programmes. *Lancet*, 1997, 349 (Suppl. iii):20-22.
- Canadian Public Health Association. *Sustainability and equity: primary health care in developing countries* (position paper sponsored by the Task Force on Sustainable Development of Primary Health Care Services in Developing Countries). Ottawa, 1990.
- Culyer AJ. Equity—some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics*, 2001, 27:275-283.
- Dowle WR. The principles of disease elimination and eradication. *Bulletin of the Organización Mundial de la Salud* 1998, 67:22-25.
- Feenstra P, Visschedijk J. Leprosy control through general health services: revisiting the concept of integration. *Leprosy Review*, 2002, 73:111-122.
- Feenstra P. Elimination of leprosy and the need to sustain leprosy services, expectations, predictions and reality. *International Journal of Leprosy*, 2003, 71:248-256.
- Guyatt H. The cost of delivering and sustaining a control programme for schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis. *Acta Tropica*, 2003, 86:267-274.
- International Federation of Anti-Leprosy Associations. *A guide to the integration of leprosy services within the general health system* (ILEP Technical Guide). Londres, 2003.
- International Leprosy Association Technical Forum. The current leprosy situation, epidemiology and control and the organization of leprosy services. *International Journal of Leprosy*, 2002, 70(Suppl.).
- Lockwood NJ, Suneetha S. Leprosy: too complex a disease for simple elimination paradigm. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83(3):230-235.
- Manderson L. Applying medical anthropology in the control of infectious disease. *Tropical Medicine and International Health*, 1998, 3(12):1020-1027.
- Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*, 2001, 16(3):221-230.
- Noordeen SK. Eliminating leprosy as a public health problem—is the optimism justified? *World Health Forum*, 1996, 17:109-118.
- Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58:655-658.
- Olsen IT. Sustainability of health care: a framework for analysis. *Health Policy and Planning*, 1998, 13(3):287-295.
- Pfeiffer J. International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:725-738.
- Shediac-Rizkallah M, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 1998, 13(1):87-108.
- Stephenson R et al. Measuring family planning sustainability at the outcome and programme level. *Health Policy and Planning*, 2004, 19(2):88-100.
- Swerissen H, Crisp B. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organizations. *Health Promotion International*, 2004, 19(1):123-130.
- Unger JP, Paepe PD, Green A. A code of best practices for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 2003, 18:S27-S39.

Utzinger J. et al. Sustainable schistosomiasis control—the way forward. *Lancet*, 2003, (362):1932-1934.

Visschedijk J et al. Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. *Cadernos de saude publica*, 2003, 19(6):1567-1581.

WHO Leprosy Elimination Group. *Report on the fifth meeting of the WHO Technical Advisory Group on Elimination of Leprosy, Yangon, Myanmar, 9-10 February 2003* (document WHO/CDS/CPE/CEE/2003.36). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

WHO Leprosy Elimination Group. *Report on the sixth meeting of the WHO Technical Advisory Group on Elimination of Leprosy* (document WHO/CDS/CPE/CEE/2004.41). Ginebra, Organización Mundial de la Salud 2004.

World Health Organization. *Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978* (Health for All Series, No. 1). Ginebra, 1978.

World Health Organization. *Chemotherapy of leprosy for control programmes: report of a WHO Study Group* (WHO Technical Report Series, No. 675). Ginebra, 1982.

World Health Organization. *Epidemiology of leprosy in relation to control: report of a WHO Study Group* (WHO Technical Report Series, No. 716). Ginebra, 1985.

World Health Organization. *Report of a consultation on implementation of leprosy control through primary health care* (document WHO/CDS/LEP/86.3). Ginebra, 1986.

World Health Organization. Leprosy disabilities: magnitude of the problem. *Weekly Epidemiological Record*, 1995, 70:269-275.

World Health Organization. *Integration of health care delivery: report of a WHO Study Group* (WHO Technical Report Series, No. 861). Ginebra, 1996.

World Health Organization. *WHO Expert Committee on Leprosy: Seventh report* (Technical Report Series, No. 874). Ginebra, 1998.

World Health Organization. *Guide to eliminate leprosy as a public health problem*, 1st ed. Ginebra, 2000.

World Health Organization. *The final push towards elimination of leprosy: strategic plan 2000-2005* (document WHO/CDS/CPE/CEE/2000.1). Ginebra, 2000.

World Health Organization. Leprosy elimination campaigns: impact on case detection. *Weekly Epidemiological Record*, 2003, 78(3):9-16.

World Health Organization. *The final push strategy to eliminate leprosy as a public health problem: questions and answers*, 1st ed. Ginebra, 2003.