Memorias
12.ª Reunión Regional de Gerentes de Programa para la Eliminación de la Filariasis Linfática

Santo Domingo, República Dominicana

10 y 11 de junio del 2013

Hotel Meliá Magna 365

Última revisión 31/1/2014

Versión en prueba

Cualquier comentario o corrección puede ser enviado a: eid@paho.org

Índice

Lista de cuadros y figuras 4

Lista de abreviaciones 6

Resumen ejecutivo 7

12.ª Reunión Regional de Gerentes de Programas de Eliminación de la Filariasis Linfática 7

11.ª Reunión Regional del Grupo Revisor de Programas de Eliminación de Filariasis Linfática 11

Introducción a la memoria de las reuniones 14

Desarrollo de las reuniones 16

Inauguración y bienvenida 16

Revisión del temario y observaciones iniciales 19

12.ª Reunión Regional de Gerentes de Programa para la Eliminación de Filariasis Linfática 20

TEMA 1: Vigilancia de la filariasis linfática, la administración masiva de medicamentos y el progreso hacia la interrupción de la transmisión 2012. Preside: Dr. Steven Ault 20

Informe de los gerentes responsables del programa por país 20

Haití. Vigilancia de la FL, AMM y el progreso hacia la interrupción de la transmisión 2012 20

Guyana. Vigilancia de la FL, la AMM y los progresos para la interrupción de la transmisión de la FL, 2013 24

República Dominicana 30

Brasil. Programa Nacional de Eliminación de la Filariasis Linfática, de la Secretaría de Vigilancia Sanitaria 33

Recife, estado de Pernambuco, Brasil 38

TEMA 2: Países que lograron interrumpir la transmisión de la FL: actualización por país en materia de vigilancia y gestión de los casos residuales. Preside: Dr. Steven Ault 45

Costa Rica 45

Trinidad y Tabago ..... **Error! Bookmark not defined.**

Suriname ..... **Error! Bookmark not defined.**

TEMA 3: Monitoreo y evaluación de la eliminación de la filariasis linfática. Preside: Dr. Santiago Nicholls 52

Actualización sobre los usos de la encuesta de estudios de valoración de la transmisión (EVT) y la aplicación de EVT de la FL, según la OMS 52

Elaboración del borrador de un plan de acción de EVT 2013–2020 (trabajo en grupo) 56

TEMA 4: Socios y colaboradores: perspectivas de la interrupción de la transmisión. Preside: Dra. Linda S. Lloyd 58

IMA World Health 58

Departamento de Control de ETD, OMS 60

Centro de Apoyo, División de Enfermedades Parasitarias, Malaria y Filariasis, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, de los Estados Unidos 62

Subvenciones de investigaciones operativas para FL 63
Universidad de West Indies....64
TEMA 5: Actualización sobre la vigilancia de la FL en áreas con migración haitiana y retos de la inmigración interna en Haití. Preside: Dr. Santiago Nicholls....67
Experiencia de la República Dominicana....67
Experiencia de Brasil 68
Experiencia de Haití frente a la migración interna, perspectiva de las ONG 69
Guyana: perspectiva para el desarrollo de la vigilancia trinacional (Guyana, Suriname y Trinidad y Tabago)....69
TEMA 6: Cuestiones del manejo de la enfermedad. Discusión de los países y los asociados, y recomendaciones. Preside: Dr. Steven Ault 72
TEMA 7: Control y control integrado de vectores. Preside: Dra. Laura Catalá 75
Control de vectores aplicado a programas para la FL y las ETD: actualización de las nuevas tecnologías y su uso en el terreno....75
Control integrado de vectores y control de vectores por el Centro Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles, de la República Dominicana 79
TEMA 8: Actualización sobre los planes de acción integrados para el control y la eliminación de las EID. Preside: Dra. Kazuyo Ichimori 84
Suriname: Plan de Acción Integrado para el Control y la Eliminación de las EID....84
Brasil: Plan de Acción Integrado para el Control y la Eliminación de las EID 85
Guyana: Plan de Acción Integrado para el Control y la Eliminación de las EID....86
TEMA 9: Información integrada sobre las EID: cobertura, presentación de informes de casos y distribución de medicamentos. El formato para el informe conjunto de datos de la OPS/OMS. Preside: Dr. Manuel González 89
Integración de la revisión de las solicitudes de donación de medicamentos para las HTS y la esquistosomiasis en las responsabilidades del GRP de la FL a partir de 2014 89
TEMA 10: Situación del abastecimiento mundial de DEC: oportunidades de donación de DEC en América Latina y el Caribe. Preside: Dr. Steven Ault 93
TEMA 11: Situación de las donaciones de albendazol y previsión de las necesidades. Preside: Dr. Steven Ault....94
TEMA 12: Ciencias biosociales: contribuciones al control y la erradicación de las enfermedades tropicales. Preside: Dr. Steven Ault 96

Lista de cuadros y figuras

Cuadros

Cuadro 1 Balance de la administración masiva de medicamentos en el año 2012, Haití

Cuadro 2 Detección de filariasis linfática mediante pruebas de inmunocromatografía antes y después de la administración masiva de medicamentos, Haití

Cuadro 3 Enfermedades infecciosas desatendidas incluidas en el plan de Guyana, por región (sub-regiones en el caso de la región IV)

Cuadro 4 Resultados de la línea de base para filariasis linfática (FL) y helmintiasis transmitida por el contacto con el suelo (HTS), Guyana

Cuadro 5 Cobertura de la administración masiva de medicamentos en las tres subregiones de la región IV de Guyana

Cuadro 6 Diagrama para realizar la administración masiva de medicamentos por edad, para combatir las enfermedades infecciosas desatendidas (filariasis y helmintiasis) en Guyana

Cuadro 7 Evolución de la positividad de la filariasis linfática por municipio endémico, Brasil, 2001-2012

Cuadro 8 Estructura de un estudio de valoración de la transmisión (EVT)

Cuadro 9 Características de las pruebas de detección por ELISA y Luminiex

Cuadro 10 Horario de la picadura del mosquito *Culex quinquefasciatus*, según diferentes estudios

Cuadro 11 Situación socioeconómica Suriname según el área, 2006

Cuadro 12 Enfermedades coendémicas en Guyana por región

Cuadro 13 Avances y proyección de las donaciones de albendazol y citrato de dietilcarbamazina en los países endémicos de América Latina y el Caribe

Cuadro 14 Avances en el suministro de tabletas de albendazol

Cuadro 15 Predicción de las necesidades de citrato de dietilcarbamazina (DEC) y albendazol (ALB) para combatir la filariasis linfática en la Región de Las Américas

Cuadro 16 Miembros actuales Grupo Regional Revisor de Programas de Eliminación de la Filariasis (GRRP)

Cuadro 17 Miembros propuestos para el Grupo de Revisión del Programa (GRRP) ampliado

Figuras

Figura 1 Número de rondas de administración masiva de medicamentos en el segundo nivel administrativo (municipios/comunas), Haití, 2013

Figura 2 Estratificación del riesgo de transmisión de la filariasis linfática, segundo nivel administrativo, Haití, 2013

Figura 3 Prevalencia de antigenemia de filariasis linfática, Guyana

Figura 4 Filariasis linfática en la República Dominicana, 2013

Figura 5 Provincias endémicas de filariasis linfática en Brasil

Figura 6 Evolución de la positividad de la filariasis linfática por municipio endémico, Brasil, 2001-2012

Figura 7 Ubicación geográfica de Recife, Pernambuco, Brasil

Figura 8 Filariasis linfática: exámenes realizados y porcentaje de positividad, Pernambuco, Brasil, 2003-2012

Figura 9 Vigilancia y control del vector en Recife, Pernambuco, Brasil

Figura 10 Costa Rica, generalidades

Figura 11 Personas examinadas para detectar antigenemia de *Wuchereria bancrofti* por inmunocromatografía (ICT) en la ciudad de Limón, Costa Rica, 2003

Figura 12 Mapa de Suriname

Figura 13 Estrategia de eliminación de la filariasis linfática

Figura 14 Estructura de los estudios de valoración de la transmisión (EVT) de filariasis linfática combinado con el tratamiento para las helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo (HTS)

Figura 15 Enfermedades infecciosas desatendidas, socios en Haití

Figura 16 Avances en la administración masiva de medicamentos (AMM), 2003-2011

Figura 17 Migración haitiana hacia la República Dominicana después del terremoto en Haití, 2010

Figura 18 Zonas endémicas con filariasis linfática en Las Américas

Figura 19 Ritmo circadiano de los mosquitos *Culex quinquefasciatus* y *Aedes aegypti*

Figura 20 Unidades entomológicas de la República Dominicana

Figura 21 Algunas de las principales actividades relacionadas con el control de vectores llevadas a cabo en la República Dominicana

Figura 22 Estudios de susceptibilidad y resistencia a los insecticidas

Lista de abreviaciones

AMM	Administración masiva de medicamentos
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, de los Estados Unidos
CMO	Chief Medical Officer
DEC	Citrato de dietilcarbamazina
EID	Enfermedades infecciosas desatendidas
ETD	Enfermedades tropicales desatendidas
EVT	Estudio de valoración de la transmisión
FIOCRUZ	Fundación Oswaldo Cruz
FL	Filariasis linfática
GRP	Grupo de Revisión de Programas
GSK	GlaxoSmithKline
HDI	Health & Development International
HTS	Helmintiasis transmitida por el contacto con el suelo
ICT	Prueba de inmunocromatografía
IMA	IMA World Health
MDP	Mectizan Donation Program
mf	Microfilarias o microfilaremia
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa (por sus siglas en inglés)
PNEFL	Programa Nacional de Eliminación de la Filariasis Linfática
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Resumen ejecutivo

12.ª Reunión Regional de Gerentes de Programas de Eliminación de la Filariasis Linfática

Participaron delegados oficiales de los ministerios de salud de cuatro países endémicos para la filariasis linfática (FL) (Brasil, Guyana, Haití y República Dominicana) y tres países retirados de la lista de países endémicos en 2011 (Costa Rica, Suriname y Trinidad y Tobago), además de los puntos focales de Guyana y la República Dominicana. También participaron delegados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Dra. Kasuyo Ichimori), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América, la Universidad de West Indies (UWI) y la compañía farmacéutica GlaxoSmithKline (GSK) (la lista completa de participantes se presenta en el anexo 1 del informe). La reunión se desarrolló de acuerdo con la agenda propuesta (anexo 2 del informe).

Las conclusiones y recomendaciones de esta reunión fueron:

Conclusiones

1. Los cuatro países endémicos participantes están comprometidos a poner en práctica, monitorear y evaluar las acciones necesarias para eliminar la FL, para lo cual mantendrán la administración masiva de medicamentos (AMM) y evaluarán su impacto mediante un estudio de valoración de la transmisión (EVT), según recomienda la OMS.

2. La República Dominicana tiene datos confirmatorios de haber interrumpido la transmisión en dos de sus focos (Barahona y La Ciénaga) y se propone iniciar la AMM con citrato de dietilcarbamazina (DEC) y albendazol (ALB) en su único foco activo, los bateyes del este, en septiembre u octubre de 2013; para ello integrará la distribución de ALB con la campaña nacional de desparasitación en escolares de esta área. En este foco hay un total de 184 000 personas en riesgo de infección por FL y, por lo tanto, se necesitan aproximadamente 200 000 tabletas de 400 mg de ALB y unas 500 000 tabletas de DEC. El país está interesado en seguir solicitando donaciones de ALB para los siguientes años, y en 2014 solicitarán también donaciones de DEC, que estarán disponibles desde finales de 2013. Adicionalmente, se pretende llevar a cabo en el segundo semestre de 2013 un EVT en el foco de La Ciénaga (coincide con una unidad de evaluación) para verificar si se ha interrumpido la transmisión. El país pretende desarrollar un sistema de vigilancia con puestos centinela y de verificación para detectar tempranamente un posible recrudecimiento de la transmisión de FL y poder intervenir oportunamente.

3. Haití, con el apoyo de sus socios y aliados (IMA World Health, CDC, Partners for Health y Universidad de Notre Dame), alcanzó en 2012 una cobertura del tratamiento con DEC y ALB de 85 % en una población diana de 9,1 millones de personas. El país ha recibido donaciones de ALB y en 2014 también solicitará donaciones de DEC. Haití cuenta con sitios centinela para el monitoreo y la evaluación de la transmisión de FL. A principios de junio, las autoridades nacionales recibieron una capacitación por parte del CDC en metodología de EVT y se planea realizar un estudio de este tipo en las

unidades de evaluación que hayan realizado al menos cinco rondas de tratamiento con coberturas adecuadas. El país realiza el control integrado de vectores de FL junto con los de malaria y quiere fortalecer la capacidad y la movilización de recursos para mejorar el control de la morbilidad y la prevención de la discapacidad en los pacientes con manifestaciones clínicas de infección crónica con FL. Como medida adicional, se pretende distribuir sal fortificada con DEC en todas las comunas (municipios) del país.

4. En Guyana, se considera que hay transmisión intensa de FL en las regiones III, IV, V y X. El país está intensificando sus esfuerzos en la región IV (foco con mayor población en riesgo: aproximadamente 310 000 personas) para ampliar la AMM y alcanzar la cobertura de medicamentos requerida por 5 años para eliminar la FL, si bien todavía no se ha alcanzado la cobertura mínima efectiva. El país también está interesado en las donaciones de DEC y ALB de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS. En Guyana se monitorea y evalúa el avance hacia la eliminación de la FL mediante sitios centinela y de verificación (de forma más continuada en la región IV). Desde 2008 —y con metas establecidas para 2015—, este país esta implementado un plan para avanzar hacia la eliminación de la FL de manera integrada con otras enfermedades infecciosas desatendidas (EID) y mediante el abordaje de los determinantes sociales de la salud, incluidos el tratamiento del agua, el saneamiento y la higiene, además de promover la movilización social. En el año 2011 se dio inicio al Plan para Mejorar el Saneamiento en Georgetown (región IV), desarrollado por el Gobierno de Guyana con apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

5. Brasil eliminó la transmisión de FL en siete estados y está integrando acciones para su eliminación — conjuntamente con el control y la eliminación de otras EID— en su único foco activo, situado en el estado de Pernambuco (con 1,7 millones de personas en riesgo). El país realiza la AMM para combatir la FL solo con DEC y produce ese medicamente, por lo que no está interesado en donaciones. En el 2012, se lograron coberturas por encima de 80 % en las tres unidades de implementación endémicas con tratamiento masivo (10.ª ronda en Recife con cobertura de 82,1 %, 8.ª ronda en Olinda con cobertura de 90,6 % y 4.ª ronda en Jaboatão dos Guararapes con 95,9 % de cobertura). Para el abordaje integrado de las EID en el área metropolitana de Recife, se cuenta con el proyecto SANAR, que tiene el apoyo financiero del BID. El país cuenta, además, con un plan nacional integrado para el control y la eliminación de cinco EID (lepra, FL, esquistosomiasis, oncocercosis y tracoma) y el control de la helmintiasis transmitida por el contacto con el suelo; este plan, con metas previstas para el año 2015, está integrado en el plan Brasil sin Miseria.

6. Brasil cuenta con un expediente de verificación de la eliminación de la FL en la ciudad de Belén, estado de Pará, que se envió a la OPS en 2006.

7. Los cuatro países endémicos trabajaron durante una de las sesiones de la reunión en borradores de planes para la realización de EVT.

8. Los países solicitaron a la OPS apoyo para facilitar el proceso de compra de las pruebas de inmunocromatografía (ICT) requeridas, tanto para el monitoreo y la

evaluación en los sitios centinela y de verificación como para los estudios de valoración de la transmisión.

9. La migración de personas de países altamente endémicos (como Haití y Guyana) hacia países o regiones donde: la transmisión de la FL es baja, se interrumpió o eliminó es un tema que deben abordar los países que reciben a esos migrantes, a fin de evitar un recrudecimiento de la transmisión y dar tratamiento a esas personas. Los países que pueden verse especialmente afectados por este fenómeno migratorio son la República Dominicana, Brasil y Suriname y, por tanto, deberían fortalecer sus sistemas de vigilancia.

10. Suriname y Trinidad y Tobago—países eliminados de la lista de endémicos en 2011—deben trabajar con Guyana en un plan trinacional de frontera para desarrollar un sistema de vigilancia de la transmisión de la FL y evitar su posible reintroducción.

11. Costa Rica, Guyana y Suriname expresaron su interés en aumentar su capacidad en vigilancia entomológica y el control integrado de vectores.

12. La AMM solo se debe interrumpir después de un EVT. Antes de realizar un EVT en una unidad de evaluación, los países deben asegurarse de que cuentan con los recursos necesarios y que se cumplen al menos tres criterios: haber realizado cinco rondas seguidas de AMM, que la cobertura haya sido de al menos 65 % y tener una microfilaremia menor de 1 % o antigenemia de menos de 2 % en los puestos centinela o de comprobación. Tras la interrupción de la AMM, se deben realizar al menos dos EVT adicionales, con intervalos de 2-3 años, a fin de verificar que no ha habido un recrudecimiento de la transmisión.

13. La OMS pondrá a disposición de los países una guía para el control de la morbilidad y la prevención de la discapacidad por FL, una guía de entomología para el control vectorial, y módulos y guías para realizar talleres sobre EVT. Además, se publicará un atlas con los perfiles epidemiológicos de la FL por país y los datos actualizados de la FL en el mundo, tanto en el *Weekly Epidemiological Record* como en *PlosNTD*.

14. Los CDC están trabajando en la elaboración de pruebas rápidas para varias enfermedades —algunas de las cuales permiten diagnosticar varias EID— que serían fácilmente utilizables en el campo. Los CDC cuentan con expertos que apoyan a los países en el monitoreo, la evaluación y el fortalecimiento de la capacidad para el control de las EID.

15. El Dr. David Chadee, de la UWI, propuso a Costa Rica y Suriname que evaluaran su interés en realizar un estudio de caso que abordara el control integrado de vectores responsables de la transmisión de la malaria, el dengue y la FL. El Dr. Chadee compartirá una breve propuesta de estudio con el Dr. Steven Ault, a fin de que esos países puedan tomar su decisión con más información de la propuesta de estudio.

16. IMA World Health es uno de los grandes aliados de Haití en la lucha contra la FL. De los 10 departamentos con los que cuenta el país, en 8 esta organización es la encargada de la AMM, donde ha entregado medicamentos a casi 5 millones de

personas. Esta organización también trabaja integradamente en otras EID mediante la distribución de zapatos, paquetes de higiene, filtros de agua, medicinas, etc. y tiene planeado distribuir mosquiteros y contribuir en el control integrado de vectores.

17. En general, hay un gran vacío de información sobre la morbilidad por LF (elefantiasis e hidrocele); se necesita de un gran trabajo de promoción y defensa de esta tarea, y cuantificar y hacer evidente el problema, para movilizar recursos y poder abordar eficazmente el control y la atención de esta enfermedad. A pesar de que los países están haciendo esfuerzos para proveer servicios de salud a los pacientes afectados, es necesario integrar el manejo[1] de la enfermedad y las medidas de prevención de la discapacidad a los sistemas de atención primaria.

18. Algunos de los determinantes clave de los éxitos identificados en los programas nacionales para la eliminación de las EID son: el fuerte compromiso político de las autoridades, los socios y los aliados; la participación en los programas de profesionales muy motivados y con amplios conocimientos; la compilación, el análisis y la difusión de forma oportuna de datos cuantitativos y cualitativos de calidad; el monitoreo, la evaluación y la atención de los pacientes de manera integrada con otros programas, para optimizar los costos; la administración flexible de los programas con el fin de adaptarlos a las necesidades; la movilización social; las alianzas estratégicas para movilizar recursos; el liderazgo; y la capacidad de formación de personal especializado en todos los niveles.

Recomendaciones

1. Abogar para que la interrupción de la transmisión y la posterior eliminación de la FL sea una prioridad en las agendas de salud pública de los países endémicos de la Región, en el marco del abordaje de los determinantes sociales de la salud mediante planes integrados para garantizar su sostenibilidad.
2. Potenciar y mantener los esfuerzos mediante la coordinación activa de las acciones de eliminación de la FL con otros programas, sectores y organizaciones o entidades interesados en el tema, a fin de optimizar los recursos disponibles y avanzar rápidamente hacia la eliminación de la enfermedad.
3. Movilizar a la sociedad, no solo para interrumpir la transmisión de la FL, hacer un diagnóstico y tratamiento precoz de los casos y prevenir la discapacidad, sino también para evitar la discriminación y el estigma social de las personas afectadas por elefantiasis o hidrocele.
4. Diseñar, coordinar, poner en práctica, monitorear y evaluar la vigilancia fronteriza de la transmisión de la FL, como pieza clave para evitar la reintroducción en los países en los que la transmisión ya fue eliminada, e instar a los países a que presten especial atención en este sentido.

[1] En este documento, el término manejo se utiliza para abarcar todos los pasos de control de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta el tratamiento.

5. La OPS debe continuar apoyando a los países que solicitan donaciones de medicamentos (DEC y ALB) y facilitar el acceso a las pruebas de ICT.
6. Promover la investigación, el desarrollo y el acceso a pruebas más estables y económicas (en referencia a las pruebas de ICT, que deben mantenerse a 4 ºC para conservarlas por 9 meses) para la vigilancia en sitios centinela y de verificación y los EVT.
7. Fortalecer el control integrado de vectores en los países.
8. La OPS, junto con los socios y los aliados, debe contribuir al fortalecimiento de la capacidad de monitoreo y evaluación de los países, en especial para los EVT; también debe apoyar a los países en la elaboración de los planes para los EVT, de acuerdo con la situación epidemiológica de cada país, a fin de que puedan verificar la eliminación de la FL.
9. Fomentar la buena gestión de la información en los programas nacionales de eliminación de la FL y compilar en un expediente por país los datos científicos verificados de la eliminación de la transmisión de la FL, con el objetivo de no demorar el proceso de verificación de la OPS una vez que el país haya alcanzado la meta.
10. Movilizar con urgencia la agenda para el manejo de la enfermedad y la prevención de la discapacidad causada por FL. Se debe cuantificar y visibilizar el problema para movilizar recursos; capacitar al personal; elaborar y adaptar las guías de la OMS en los países; integrar la atención de estos pacientes a los sistemas de atención primaria; y fomentar políticas y estrategias que reduzcan la discriminación y el estigma que sufren las personas discapacitadas por la FL.
11. Sistematizar las buenas prácticas, y aplicar y difundir las lecciones aprendidas y las experiencias positivas de los países.

11.ª Reunión Regional del Grupo Revisor de Programas de Eliminación de Filariasis Linfática

Las conclusiones y recomendaciones de esta reunión se resumen a continuación:

Conclusiones

1. Durante la reunión, los países no presentaron ninguna solicitud oficial de donación de ALB al Grupo Revisor de Programas (GRP), pero mostraron interés y las enviarán en los próximos meses (también para DEC).
2. Se revisó la relación de representantes actuales del GRP y se planteó la posibilidad de ampliar sus funciones a la revisión de otros programas de EID, además de los programas nacionales de eliminación de la FL. Para tal fin, se propusieron varios expertos que podrían pasar a formar parte de este GRP con funciones ampliadas para otras EID. Se deberán redactar los términos de referencia de este GRP ampliado.

3. Los países endémicos interesados en recibir donaciones de DEC y ALB en 2014 deberán enviar la solicitud a más tardar el 15 de agosto de 2013, para evitar el desabastecimiento y recibir los medicamentos oportunamente antes de sus campañas de distribución masiva.
4. La compañía farmacéutica Eisai firmó un acuerdo con la OMS y pondrá a disposición de los países sin costo el DEC requerido para la AMM. La donación estará disponible desde septiembre de 2013. La compañía farmacéutica Sanofi-Aventis también donará cantidades limitadas de Notezine ® (DEC de 200 mg) a países seleccionados.
5. El compromiso manifestado en la Declaración de Londres[2] en enero de 2012 por entidades públicas y privadas de apoyar a los países y avanzar hacia el control y la eliminación de hasta 10 EID, incluida la FL, se ratificó en la Declaración "post-Londres",[3] adoptada en noviembre de 2012 en Washington, D.C., Estados Unidos. En este evento se ratificaron y expandieron los compromisos acordados en Londres: Johnson & Johnson pasará a donar 200 millones de tabletas de mebendazol, de un compromiso inicial de 50 millones; GSK donará 600 millones de tabletas de ALB para FL y 400 millones para controlar la HTS en escolares; Merck KGaA pasó de donar 25 millones de dosis de praziquantel a más de 250 millones al año; y Eisai iniciará a finales de 2013 el proceso de donación de 2 000 millones de tabletas. En los países endémicos para EID se está dando tratamiento con quimioterapia preventiva a más de 800 millones de personas al año.
6. Los nuevos formatos integrados de la OMS para la solicitud de donaciones y el informe epidemiológico ya están disponibles y se empezarán a utilizar. Se está trabajando para traducirlos a diferentes idiomas y así facilitar que los países lo completen.
7. Se recomienda tratar y dar seguimiento a las personas que resulten positivas en los estudios de monitoreo y evaluación o en los EVT, y hacer un estudio epidemiológico y de contactos —especialmente en los países eliminados de la lista de endémicos— , a fin de cerciorarse de que no hubo reintroducción de la transmisión de la FL y comprobar que fue un caso importado.
8. Brasil solicitó al GRP recibir capacitación en la metodología de EVT en 2014.
9. La República Dominicana solicitó apoyo para montar una red de puestos centinela y de verificación.

---

[2] World Health Organization. London Declaration on Neglected Tropical Deseases. London: WHO; 2012. Disponible en: http://www.who.int/neglected_diseases/London_Declaration_NTDs.pdf Acceso el 3 de enero de 2014.

[3] Global Aliance to Eliminate Linfatic Filariasis. Report from the Seventh Global Aliance to Eliminate Linfatic Filariasis Meeting; Washington, D.C., November 18-19 2002. Disponible en: http://www.filariasis.org/documents/GAELF7REPORT.pdf Acceso el 15 de enero de 2014.

10. Guyana necesita apoyo para aumentar la cobertura de la AMM.
11. Haití está especialmente interesado en fortalecer su capacidad para el manejo de la FL y la prevención de la discapacidad ocasionada por ella.
12. El Dr. Manuel González resultó elegido presidente del GRP para el período 2012-2013 y para el 2013-2014.
13. La próxima reunión de Gerentes de Programas de Eliminación de la Filariasis Linfática en las Américas y la reunión del GRP tendrán lugar en Haití entre abril y julio de 2014, en una fecha aún por acordar con las autoridades del país.

Recomendaciones

1. El GRP debe revisar y evaluar:
    a. las solicitudes de donaciones de medicamentos (DEC y ALB) antes de enviarlas a la OMS (antes del 15 de agosto de cada año)
    b. los protocolos de EVT planteados por los PNEFL antes de su realización, a fin de brindar sus recomendaciones
    c. los expedientes para la eliminación de la FL antes de su envío para verificación a la OPS/OMS

    Con vistas a agilizar los procesos, estas actividades podrían realizarse de manera virtual, como recomienda la OMS.
2. Definir y actualizar los términos de referencia del GRP, si se decide finalmente ampliar sus funciones para la revisión de los programas nacionales de EID, e identificar y reclutar a los expertos que puedan cumplir con los requisitos de esas funciones ampliadas.
3. Apoyar en la difusión de los nuevos formatos integrados para la solicitud de medicamentos donados.
4. Abogar para que los países interesados envíen las solicitudes de donaciones de medicamentos (DEC y ALB) antes del 15 de agosto, como solicita la OMS.
5. Abogar para sostener y fomentar el apoyo de los actuales y posibles socios y aliados del Programa Global de Eliminación de la Filariasis Linfática.
6. Detectar y facilitar el contacto con expertos que puedan apoyar a los países en el control integrado de vectores, el manejo de la enfermedad y la prevención de la discapacidad, y el fortalecimiento del monitoreo y la evaluación (EVT).

Introducción a la memoria de las reuniones

Antes del lanzamiento del Programa Global de Eliminación de la Filariasis Linfática[4] por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, la filariasis linfática (FL) era endémica en más de 80 países y territorios del mundo y más de 1 000 millones de personas se encontraban en riesgo de infección. Según estimados de la OMS, cerca de 120 millones de personas estaban afectadas en 1996, de las cuales cerca de 40 millones sufrían discapacidad y deformidades por la enfermedad. Aunque la FL no es fatal, la OMS la clasifica como una de las principales causas de discapacidad permanente en el mundo.

En 1997, la 50.ª Asamblea Mundial de la Salud resolvió eliminar la FL como problema de salud pública (resolución WHA50.29)[5] y, en respuesta, la OMS propuso una estrategia integral que incluía la interrupción de la transmisión en las comunidades endémicas y la puesta en marcha de intervenciones para la prevención de la discapacidad asociada con esta enfermedad.

La OMS recomienda suministrar el tratamiento combinado con dos medicamentos a toda la población en riesgo, una estrategia conocida como administración masiva de medicamentos (AMM). La ivermectina y el albendazol (ALB) se administran en áreas en las que la oncocercosis también es endémica; de lo contrario, se emplean el citrato de dietilcarbamazina (DEC) y el ALB, como es el caso de los países endémicos de FL en la Región de las Américas. Estos medicamentos reducen de manera segura y eficaz el número de microfilarias (mf) circulantes en la sangre e interrumpen la transmisión. La ivermectina y el ALB se reciben mediante donaciones desde el comienzo del Programa Global; las donaciones de DEC se comenzarían a recibir a partir del segundo semestre de 2013. La AMM anual con niveles adecuados de cobertura —al menos 65 % del total de la población de las áreas endémicas— deberá finalmente hacer posible la erradicación de la enfermedad.

El Programa Global para la Eliminación de la Filariasis Linfática inició su primera campaña de AMM en Egipto y Samoa. A finales de 2012 había 73 países endémicos de FL en el mundo y 1,4 mil millones de personas estaban en riesgo de adquirir esa infección. Sin embargo, 53 de los 73 países estaban aplicando la AMM y 538 millones de personas recibieron ese tratamiento, de un total de 737 millones de personas que se estableció como objetivo.

Para dar seguimiento y evaluar los resultados de este programa —en línea con su primer componente “interrumpir la transmisión de la FL mediante la AMM”—, se realizaron diversas

[4] Organización Mundial de la Salud. Programa Global de Eliminación de la Filariasis Linfática. Ginebra: OMS; 2000.

[5] Organización Mundial de la Salud. 50.ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA 50.29, Eliminación mundial de la filariasis linfática como problema de salud pública. Ginebra: OMS; 1997. Disponible en: http://www.who.int/entity/lymphatic_filariasis/resources/WHA_50%2029.pdf Acceso el 3 de enero de 2014.

reuniones para discutir la situación de la FL en Las Américas, con la participación de los siguientes países:

1. Brasil
2. Costa Rica
3. Guyana
4. Haití
5. República Dominicana
6. Suriname
7. Trinidad y Tobago

De estos países, cuatro (Brasil, Haití, Guyana y la República Dominicana) se encuentran en proceso de interrupción de la transmisión y tres (Costa Rica, Suriname y Trinidad y Tabago) salieron en 2011 de la lista de países endémicos de la OMS.

Las reuniones para la coordinación y el seguimiento de la eliminación de la FL comenzaron en el año 2000. Esta 12.ª Reunión Regional de Gerentes de Programa para la Eliminación de la Filariasis Linfática, conjuntamente con la 11.ª Reunión Regional del Grupo Revisor de los Programas de Eliminación de Filariasis Linfática, se celebraron en Santo Domingo, República Dominicana, los días 10 y 11 de junio de 2013. En este documento se documenta el desarrollo de ambas reuniones.

Desarrollo de las reuniones

Día 1 (10 de junio de 2013)

Inauguración y bienvenida

La mesa de honor estuvo compuesta por la Dra. Lilian Reneau-Vernon, representante de la OPS/OMS en la República Dominicana; el Dr. Rafael Schiffino, viceministro de Salud Colectiva de la República Dominicana; y el Dr. Steven Ault, asesor principal del Programa de Enfermedades Infecciosas Desatendidas del Área de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles de la OPS.

El **Dr. Ault** comentó que desde la reunión del año pasado en Brasilia, Brasil, se han logrado avances para eliminar la transmisión de la FL en el mundo. A finales de 2012 había 73 países endémicos de FL, principalmente en África, y 1 400 millones de personas permanecían en riesgo de infección. Sin embargo, 53 de esos países estaban aplicando la AMM y 538 millones de personas recibieron tratamiento, de un total de 737 millones de personas que se estableció como objetivo. Por tanto, solo 20 países no han comenzado aún la AMM; se continúa trabajando firmemente en el objetivo de poner fin a la transmisión de la FL en el mundo para 2020. Uno de los hitos previstos en el Programa Global de Eliminación de la Filariasis Linfática es garantizar la cobertura de la AMM en todos los países endémicos para 2015, de acuerdo con el Plan Estratégico 2010-2020 de la OMS.[6] En este objetivo se incluyen los cuatro países endémicos de la Región de las Américas que han iniciado o reiniciado la AMM, aunque en tres de ellos la cobertura aún no alcanza los niveles mínimos esperados. De alcanzar la cobertura mínima en esos países antes de 2015, y si todo lo demás va bien, la Región de las Américas será la primera que habrá eliminado la transmisión de FL antes de 2020.

A continuación, se relacionan algunos de los eventos o acciones fundamentales que han tenido lugar en los últimos 12 meses antes de la reunión.

En el aspecto político, dos acontecimientos importantes ocurrieron:

1. La aprobación por la Asamblea Mundial de la OMS de la resolución EB132.R7[7] sobre 17 enfermedades tropicales desatendidas (ETD) a finales de mayo de 2013; en total, representantes de 32 países y seis conferencistas de organizaciones no gubernamentales debatieron acerca de esta resolución.

Entre otras medidas, la resolución insta a los Estados Miembros a:

- asegurar la apropiación nacional de los programas de prevención, control, eliminación y erradicación de la FL

[6] Organización Mundial de la Salud. Informe de avance del Programa Global de Eliminación de la Filariasis Linfática 2000–2009 y plan estratégico 2010–2020. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: WHO/HTM/NTD/PCT/2010.6 Acceso el 3 de enero de 2014.

[7] World Health Organization. Resolution EB132.R7, Neglected tropical diseases. Geneva: WHO; 2013. Disponible en: http://www.who.int/neglected_diseases/EB132_R7_en.pdf Acceso el 3 de enero de 2014.

- ampliar y poner en práctica intervenciones y abogar por financiamiento internacional, estable y a largo plazo para las actividades relacionadas con el control y el fortalecimiento de capacidades
- integrar los programas de control en los servicios de atención primaria de salud y los programas existentes
- garantizar una gestión óptima del programa y su ejecución
- lograr y mantener el acceso universal a intervenciones y alcanzar los objetivos contemplados en el plan de trabajo.

2. A principios de junio de 2012 la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, reunida en Antigua, Guatemala, aprobó la Resolución AG 5398/13[8] sobre el control y la eliminación de las EID y otras infecciones relacionadas con la pobreza, que luego adoptó formalmente el Consejo Directivo de la OPS mediante la resolución CD49/9, de 2009.[9]

Con respecto a la movilización de recursos —además de los donantes o colaboradores del Programa, como la Global Network for Neglected Tropical Diseases/Instituto de Vacunas Sabin, la Fundación Bill y Melinda Gates (FBMG), la Agencia Española de Cooperación Internacional, la compañía farmacéutica GlaxoSmithKline (GSK), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la OMS—, dos nuevos donantes externos decidieron recientemente apoyar los esfuerzos regionales para eliminar la FL en la Región: la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), y el Gobierno de Brasil a través de su Ministerio de Salud. Estamos muy agradecidos a estos nuevos socios regionales en la causa de la eliminación la FL y las EID en las Américas.

Por parte de los países, las acciones han sido las siguientes:

En Haití, con el apoyo de sus socios, se mantuvo una extensa cobertura en la AMM para alcanzar a toda o casi toda la población en riesgo de ese país, y ahora está en condiciones de evaluar si se debe iniciar o detener la AMM en las áreas donde se cumplen los criterios correspondientes de la metodología de estudios de valoración de la transmisión (EVT); el país recibió entrenamiento en esa metodología durante la primera semana de junio de 2013. En Guyana, se ha ido ampliando la AMM en la región IV, la zona más poblada, y se recibió la donación de ALB de GSK. En la República Dominicana, se preparan acciones en algunos bateyes de las provincias del

[8] Organización de Estados Americanos. Resolución AG 5398/13, Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza. La Antigua, Guatemala: OEA; 2013. Disponible en: scm.oas.org/doc_public/SPANISH/HIST_13/AG06211S04.doc Acceso el 3 de enero de 2014.
[9] Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD49/9, Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza. Washington, D.C.: OPS; 2009. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-09-s.pdf Acceso el 3 de enero de 2014.

este, donde se detectaron recientemente casos de transmisión de FL y se preparan para recibir entrenamiento en EVT esta semana. Mientras, en Brasil se ha estado evaluando la posibilidad de reducir la AMM en algunas zonas del área metropolitana de Recife, a la vez que se mantienen las intervenciones para combatir la FL en el resto de las áreas con transmisión y se evalúa dónde y cuándo se necesitarán EVT. Además, en Recife continúa el proyecto de colaboración con el BID y la OPS.

Con respecto a los medicamentos, se espera que por lo menos tres de los cuatro países sigan solicitando donaciones de ALB para la AMM y se espera que haya donaciones de DEC disponibles para el año 2014 en la Región.

En términos de acciones integradas, Brasil está haciendo esfuerzos para la eliminación de la FL en el marco de su Plan Nacional para la Eliminación de las Enfermedades de la Pobreza, y Guyana está abordando el control de las helmintiasis transmitidas por el suelo (HTS) mediante intervenciones basadas en la administración masiva de dos medicamentos (DEC+ALB), además de otras actividades relacionadas que forman parte de un proyecto que cuenta con el apoyo del BID y que abarca el área de Georgetown. En Haití, la Secretaría de Salud trabaja en dos frentes: uno con la República Dominicana bajo la iniciativa de eliminar la FL y la malaria de la isla La Española, y otro dirigido a la exploración de la articulación de la lucha contra la FL y la desparasitación nacional de HTS. En la República Dominicana se están evaluando oportunidades para trabajar integradamente en los programas de eliminación de la FL y de desparasitación en menores de 15 años.

Desde la OPS, estamos muy agradecidos a los Ministerios de Salud que se han puesto como meta la eliminación de la FL. Vamos a saber más de cada país, en nuestras reuniones de hoy y mañana.

La **Dra. Reneau-Vernon** comentó que todas las acciones que se están dando se realizan en el marco de lo establecido en la Resolución CD49R19 (ya citada), que hace referencia a la eliminación de las EID y otras infecciones relacionadas con la pobreza. Aunque la transmisión de la FL sigue activa en cuatro países, es importante destacar los notables avances de otros países, por ejemplo, desde el año 2011, Costa Rica, Suriname y Trinidad y Tobago ya no se consideran países endémicos; en Brasil, se eliminó la transmisión de la FL en siete ciudades y se amplió la cobertura de la AMM en el área metropolitana de Recife, actualmente el único foco de transmisión del país; y en la República Dominicana hay datos probatorios de la interrupción de la transmisión en dos de sus focos y este año se espera que comience la AMM en su foco activo en los bateyes del este. En 2011, en Haití se alcanzó una cobertura nacional de aproximadamente 9 millones de personas; en Guyana se ha logrado mapear la FL en todo el país y se inició la AMM en el segundo semestre de 2012. Se debe destacar que en la anterior reunión regional de FL se acordó acompañar y apoyar técnicamente a países como Suriname y Trinidad y Tobago, con la asistencia de Costa Rica y la República Dominicana, para evitar el recrudecimiento de la enfermedad en esos países que fueron endémicos. Sin embargo, quedan tareas pendientes, como prevenir la discapacidad por la enfermedad e integrar el tratamiento de las personas discapacitadas a los servicios de salud existentes en los países endémicos.

La **Dra. Reneau-Vernon** subrayó que esta enfermedad no está desatendida en la Región, pues los países están comprometidos a eliminarla. Resaltó que la Región ha sido pionera en la eliminación de la poliomielitis y el sarampión y este logro nos anima a continuar trabajando para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas (EID). Se espera que los esfuerzos sean unificados y que conjuntamente se pueda contribuir a que se den todos los pasos necesarios para la eliminación de la FL. Finalmente, agradeció que la reunión se celebrara en la Republica Dominicana y dio la bienvenida a todos.

El **Dr. Schiffino** dio la bienvenida al país y a la reunión, y resaltó que para la República Dominicana, la FL no es una enfermedad desatendida, sobre todo cuando ve al Dr. Puello presente en la sala y recuerda cuando en 1996 visitaban Haití con motivo de una reunión binacional para iniciar los programas nacionales de eliminación de la filariasis linfática (PNEFL) con el propósito de eliminarla. “Hoy, al pasar revista a lo que se ha avanzado, observamos que el tener focos solamente en los bateyes de la región sur es fruto de un gran esfuerzo del país y esperamos que antes de 2015, la República Dominicana pueda decir que ya no tiene transmisión de filaria. Asimismo, esperamos que otros países tengan éxito y que esta enfermedad sea eliminada de la Región de las Américas”. Resaltó que se siente contento de que se haya elegido a la República Dominicana para la revisión de los PNEFL y les deseó a los participantes muchos éxitos y arribar a las mejores conclusiones, que sirvan a los países a avanzar hacia la eliminación de esta enfermedad y los problemas que ocasiona.

(Se retiran los integrantes de la mesa de honor.)

Revisión del temario y observaciones iniciales

El **Dr. Ault** explicó por qué se inició el evento más temprano, hizo algunos anuncios logísticos y se realizó la presentación de los participantes (ver la lista de participantes en el anexo 1).

12.ª Reunión Regional de Gerentes de Programa para la Eliminación de Filariasis Linfática

TEMA 1: Vigilancia de la filariasis linfática, la administración masiva de medicamentos y el progreso hacia la interrupción de la transmisión 2012. Preside: Dr. Steven Ault

Informe de los gerentes responsables del programa por país

Haití. Vigilancia de la FL, AMM y el progreso hacia la interrupción de la transmisión 2012

Roland Joseph Oscar, coordinador del PNCM, del Ministerio de Salud Pública, y Abdel Nasser Direny, responsable de ETD y administrador del proyecto de IMA World Health

- En el año 2000, en Haití se mapeó la prevalencia de FL hasta el segundo nivel administrativo y se inició la AMM en la ciudad de Leogane.
- De 2000 a 2005, se realizó la AMM hasta en 25 municipios endémicos.
- De 2005 a 2007, se suspendió temporalmente el programa por falta de financiamiento.
- Desde 2008 hasta la fecha, se reinició el programa con financiamiento de la Universidad de Notre Dame, FBMG, USAID, RTI, IMA World Health, OPS/OMS y CDC, entre otros socios y aliados.
- La AMM con DEC y ALB durante 2012 alcanzó nuevamente coberturas elevadas (85 % del total de la población objetivo), con variaciones en la cobertura por departamentos (cuadro 1).

CUADRO 1. Balance de la administración masiva de medicamentos en el año 2012, Haití

Departamentos	Población objetivo	Población tratada	Cobertura (%)
Ouest	3 186 077	2 340 398	73
Centre	646 279	557 416	86
Sud	744 466	611 321	82

Sud-est	532 759	449 208	84
Grand'Anse	421 209	328 676	78
Nord	1 139 169	1 036 714	91
Artibonite	1 261 438	1 189 520	94
Nippes	283 197	289 333	102
Nord-est	378 579	350 501	93
Nord-ouest	674 259	593 100	88
Total	9 112 681	7 746 187	85

- La distribución de sal fortificada con DEC comenzó en 2004 con la distribución de 1,6 millones de libras (unos 725 000 kg) en tres municipios atendidos. La aceptación fue positiva y se distribuyó en las comunidades con alto nivel de prevalencia de FL, con el financiamiento de Abbott, la Universidad de Notre Dame y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Se proyecta abracar con esta intervención los 33 municipios con alta prevalencia.
- La elevada prevalencia de antigenemia existente antes de la AMM, medida pruebas de inmunocromatografía (ICT), disminuyeron después de varios años de intervención (cuadro 2).

CUADRO 2. Detección de filariasis linfática mediante pruebas de inmunocromatografía antes y después de la administración masiva de medicamentos, Haití

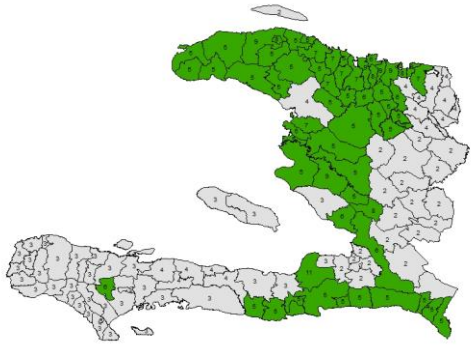
Ciudades	Antes (%)	Después de 2-5 años (%)
Jacmel (Sud-est)	2,5	0,7
Anse a veau (Nippes)	4	0
Gonaives (Artibonite)	40	17
Arcahaie (Ouest)	34	25
Saut D'Eau (Centre)	44	1,4

Plaine du Nord (Nord)	45	3
Camp Perrin (Sud)	7	0
Port do Paix (Nord-ouest)	34	16

- En el marco del PNEFL, en Haití se están poniendo en marcha actividades integradas con otros programas. Por ejemplo, el programa contra la malaria promocionó el uso de mosquiteros impregnados con insecticidas, como parte de la lucha integrada contra los vectores que transmiten estas enfermedades, y llegó a distribuir alrededor de 3 millones de mosquiteros. Otros esfuerzos de integración se han realizado con otros programas del Ministerio de Salud Pública y Población para coordinar intervenciones de desparasitación.
- Como perspectiva, el PNEFL tiene planificado a corto o mediano plazo:
  - ✓ capacitar a formadores locales, como una nueva estrategia para el tratamiento de las manifestaciones clínicas de la FL
  - ✓ atender los casos de FL e integrar esos servicios a la atención primaria
  - ✓ incorporar la gestión de casos de FL con afectación de las extremidades y manifestaciones urogenitales a los currículos de formación de los hospitales docentes y universidades
  - ✓ establecer departamentos en las clínicas especializadas para la gestión de casos crónicos de FL
  - ✓ movilizar recursos para la puesta en marcha de las actividades para el manejo[10] de la enfermedad.
- Con la AMM que se realiza en Haití se aspira a distribuir sal fortificada con DEC en todos los municipios del país.
- Las autoridades nacionales de Haití se proponen llevar a cabo un EVT de FL en los municipios que cumplan con los criterios recomendados por la OMS para estos estudios: haber realizado al menos cinco rondas de AMM con coberturas de 65 % o más, y tener en los puestos centinela prevalencias de mf o antigenemia menores de 1 % y 2 %, respectivamente (ver figuras 1 y 2).

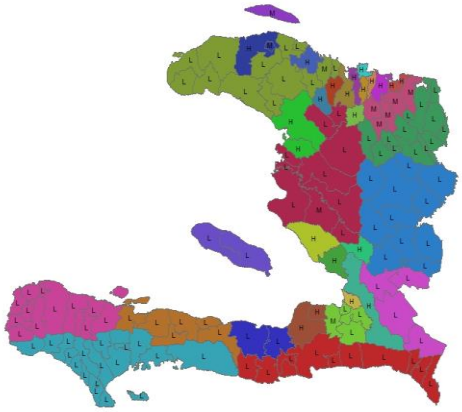
FIGURA 1. Número de rondas de administración masiva de medicamentos a segundo nivel administrativo (municipios/comunas), Haití, 2013

[10] En este documento, el término manejo se utiliza para abarcar todos los pasos de control de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta el tratamiento.



Nota: En verde aparecen los municipios con más de cinco rondas de administración masiva de medicamentos (los números indican las rondas implementadas en el municipio).

FIGURA 2. Estratificación del riesgo de transmisión de la filariasis linfática, segundo nivel administrativo, Haití, 2013



Nota: L: riesgo bajo; M: riesgo medio; H: riesgo alto.

Preguntas y comentarios

Dra. Ichimori: En la información de 2012 se mencionan los departamentos de Cabarete; entonces, ¿esos son los únicos departamentos endémicos?

Dr. Direny: El Ministerio considera que todo el país es endémico, así que decidió actuar en todo el país.

Dra. Ichimori: Ahora están usando las pruebas de ICT, pero antes creo que usaban mf.

Dr. Direny: Usamos ambos métodos, mf e ICT. Solo se menciona ICT, pero realmente utilizamos ambos; la mayor parte del proceso de decisión está basado en los resultados de las pruebas de ICT, pues los resultados se obtienen más rápidamente, y cuando vamos a una reunión usamos más frecuentemente la información de ICT, pero la información de mf también es viable.

Dra. Ichimori: Hay clínicas especiales que usted ha mencionado, ¿esas clínicas realizan también el tratamiento?

Dr. Direny: Pues ese es el plan, y puedo decir que el personal ya está capacitado, pero por la falta de fondos no hemos comenzado a trabajar.

Dra. Ichimori: ¿Tienen alguna idea de cuántos casos de linfoedema e hidrocele tienen en Haití?

Dr. Direny: No, creo que para el próximo encuentro estaremos en capacidad de darles una cifra.

Dra. Iwamoto: Quiero preguntar sobre la cobertura en el oeste, quizás me perdí en algo, pero usted dijo 75 %, ¿esto es por la falta de medicamentos?

Dr. Direny: Realmente no es por la falta de medicamentos, es por la falta de fondos. Estábamos cubiertos por la FBMG, pero esos fondos se suspendieron; la buena noticia es que tuvimos una reunión en enero pasado con la USAID y ellos van a darnos el apoyo necesario.

Dr. Garcés: De las localidades que han bajado la prevalencia según la pruebas de ICT, ¿se encuentra la localidad o distrito de Leogane? Hace unos 5 años hicimos una visita y allí la endemia era bastante alta.

Dr. Direny: Efectivamente, Leogane es una de las ciudades donde tenemos una de las más altas prevalencias; la última investigación que hicimos allá demostró que siguen presentándose casos positivos por ICT.

Guyana. Vigilancia de la FL, la AMM y los progresos para la interrupción de la transmisión de la FL, 2013

Dr. Rohan Sagar, del BID, coordinador del componente de FL en el proyecto de integración de la mejora del saneamiento con intervenciones de salud, delegado por el Ministerio de Salud de Guyana.

- El Ministerio de Salud de Guyana está trabajando para lograr el control de las EID (cuadro 3). En Guyana se estableció un comité para las EID y se lleva a cabo el Plan Nacional de Desarrollo con la identificación de las prioridades y metas:
  - ✓ alcanzar la eliminación de la FL para el año 2016 como parte del plan para controlar las EID; la OPS/OMS estará acompañando al país en la realización de EVT de la FL a fin de monitorear el avance hacia la meta que se ha establecido

- ✓ controlar las HTS para el año 2015
- ✓ eliminar la enfermedad de Chagas, su transmisión vertical y transfusional; controlar la transmisión oral y vectorial
- ✓ eliminar la lepra como problema de salud pública en el primer nivel administrativo (< 1 de un caso/10 000 habitantes)
- ✓ la oncocercosis y la esquistosomiasis no se transmiten en Guyana
- ✓ el dengue, la leptospirosis y la malaria siguen siendo endémicas en algunas regiones seleccionadas en este plan.

CUADRO 3. Enfermedades infecciosas desatendidas incluidas en el plan de Guyana, por región (sub-regiones en el caso de la región IV)

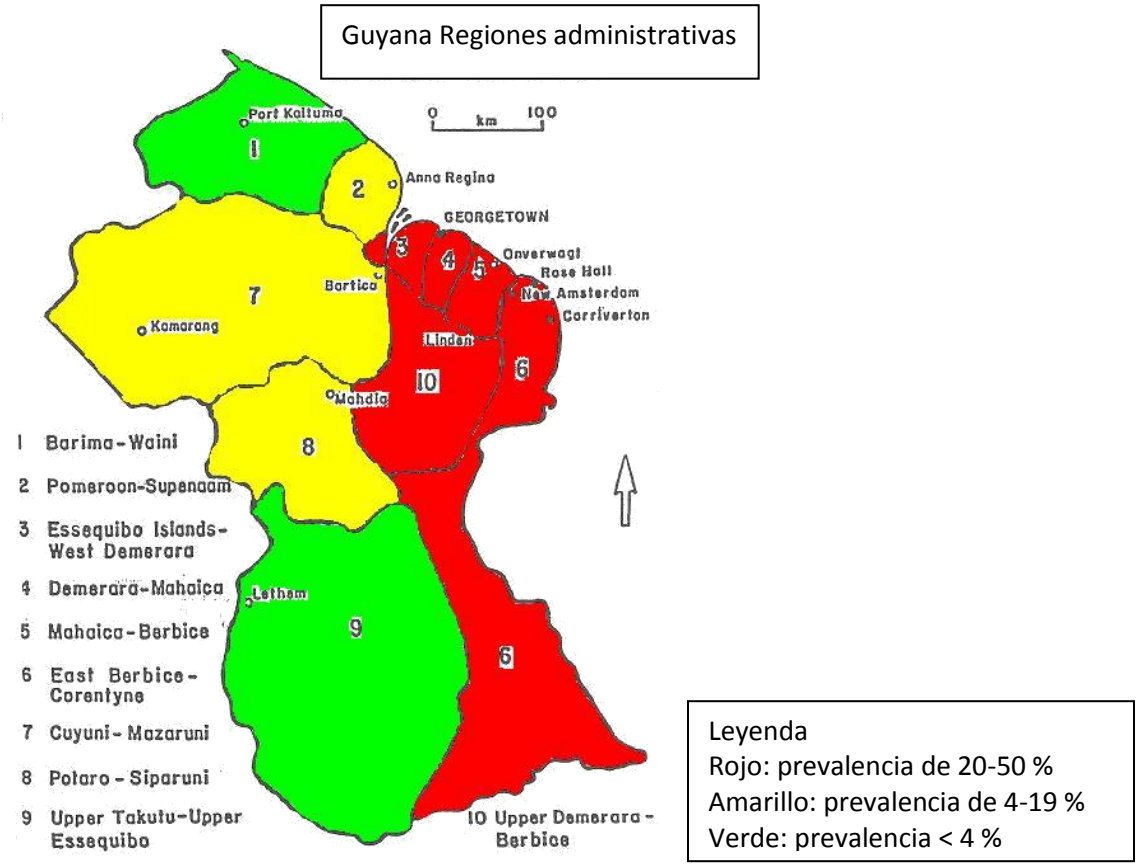
Región	Enfermedades desatendidas
Región 1. Barima Wine	Chagas, malaria, HTS
Región 2. Promoroon - Supername	Chagas, HTS, FL, lepra, rabia
Región 3. West Demerara - Essequibo	FL, HTS, lepra, dengue, leptospirosis
Región 4. East Demerara	FL, HTS, lepra, dengue, leptospirosis
Región 4. Demerara East Coast	FL, HTS, lepra, dengue, leptospirosis
Región 4. Georgetown	FL, HTS, lepra, dengue, leptospirosis
Región 5. West Berbice - Mahaica	FL, HTS, lepra
Región 6. East Berbice - Corentyne	FL, HTS, lepra, rabia
Región 7. Cuyune - Mazurini	Malaria, HTS, FL
Región 8. Pataro - Sepurini	Malaria, HTS
Región 9. Upper Essequibo - Upper Takatu	Malaria, HTS, FL, dengue
Región 10. Upper Demerara - Upper Berbice	HTS, FL, malaria, lepra, dengue

HTS: helmintiasis transmitida por el contacto con el suelo; FL: filariasis linfática.

- Acerca del plan para la interrupción de la transmisión:

- ✓ La primera fase (2003-2007) consistió en la movilización social, la distribución y la promoción de la utilización de sal fortificada con DEC, y el monitoreo y la evaluación de los avances en los sitios centinela.
- ✓ La segunda fase (2008-2015) comprende el establecimiento de sinergias con otras enfermedades desatendidas, la evaluación de la fase 1, la identificación de los sitios críticos (figura 3), la aplicación de la AMM con DEC y ALB, el monitoreo y la evaluación *in situ* de los avances en los sitios centinela.

FIGURA 3. Prevalencia de antigenemia de filariasis linfática, Guyana



• Dentro del programa integrado de EID, se encuentra el Plan para Mejorar el Saneamiento en Georgetown. Este plan lo desarrolló el gobierno de Guyana para mejorar el saneamiento de la capital y cuenta con el apoyo financiero del BID y el propio gobierno de Guyana. Los objetivos de este programa son: 1) mejorar el rendimiento operativo de la red de alcantarillados de Georgetown mediante la reconstrucción de sus componentes más críticos; 2) fortalecer el desempeño operativo y financiero, con la mejora de la gestión de activos y la disminución del consumo de

energía; 3) limitar la transmisión de las enfermedades relacionadas con la gestión del agua y el acceso a ella, como la FL y las helmintiasis intestinales. Este último objetivo (o componente) se refiere a la necesidad de controlar y eliminar las HTS y la FL en la región IV, y para ello se propone:

- ✓ establecer una línea de base para evaluar la prevalencia de las enfermedades (cuadro 4)
- ✓ fomentar la movilización comunitaria y la comunicación para el cambio de comportamiento
- ✓ realizar actividades de AMM (con DEC y ALB) para interrumpir la transmisión y reducir la prevalencia de EID
- ✓ llevar a cabo actividades de monitoreo y evaluación
- ✓ fortalecer la gestión del proyecto.

CUADRO 4. Resultados de la línea de base para filariasis linfática (FL) y helmintiasis transmitida por el contacto con el suelo (HTS), Guyana

Sitio centinela	Muestra	Prevalencia de FL (pruebas de inmunocromatografía)	Prevalencia de microfilaremia	Prevalencia de HTS (kato-kats)
Lodge	462	8,6	2,9	1,7
Melanie Damishana	448	7,9	1,7	2,1
Total	910	8,25	2,3	1,9

- Para la AMM se desarrollaron directrices de acuerdo con la Guía para Gerentes de Programas de Eliminación de la FL, y se procuró suministrar los medicamentos esenciales (DEC y ALB) y se formó personal de salud, voluntarios y supervisores de la comunidad.
- La AMM se aplicó de puerta en puerta, en dispensarios de los centros de salud y mediante equipos que trabajaron en la comunidad. Para la AMM, se reempacaron los medicamentos, se recogieron y analizaron los datos de cobertura del programa y se aplicó una encuesta de cobertura (posterior al tratamiento).

La unidad de implementación de la AMM fue la región IV (Demerara - Mahaica), que cuenta con una población objetivo de 310 320 personas (aproximadamente 41,3 % del total de la población de Guyana), de las cuales solo 301 000 personas eran elegibles para el tratamiento. Las personas elegibles para el tratamiento se encontraban en tres

subregiones con diferentes prevalencias de antigenemia, según las pruebas de ITC: Georgetown, con 28 % de prevalencia; Demerara East Coast, con 16,5 %; y East Bank Demerara, con 10,8 %.

A pesar de los esfuerzos realizados, la cobertura de 50,2 %, alcanzada en la región IV de Guyana, no alcanzó la meta recomendada por la OMS de 65,0 % de la población total (cuadro 5).

CUADRO 5. Cobertura de la administración masiva de medicamentos en las tres subregiones de la región IV de Guyana

Subregión	Población objetivo	Casas objetivo	Adultos	Niñ@s	Total
East Coast	A: 57 000 N: 8 000 T: 65 000	24 556	46 746	5 942	51 941 (79,90 %)
East Bank	A: 41 000 N: 6 000 T: 47 000	11 190	27 236	3 026	30 264 (64,38 %)
Georgetown	A: 152 000 N: 15 600 T: 167 000	39 761	47 454	5 272	52 726 (31,57 %)
Total	A: 250 000 N: 19 000 T: 269 000	66 427	154 537	23 010	134 931 (50,16 %)

A: Adultos; N: Niñ@s; T: total.

Los medicamentos y las dosis utilizados según la edad durante la AMM en la región IV de Guyana en 2012 se resumen en la cuadro 6.

CUADRO 6. Diagrama para realizar la administración masiva de medicamentos por edad, para combatir las enfermedades infecciosas desatendidas (filariasis y helmintiasis) en Guyana

Grupo de edad, años	Albendazol	Citrato de dietilcarbamazina
2-5	400 mg (1 tableta)	100 mg (1 tableta)
5-15	400 mg (1 tableta)	100 mg (1 tableta)
> 15	400 mg (1 tableta)	100 mg (1 tableta)

- En el PNEFL de Guyana se considera que el monitoreo y la evaluación son partes imprescindibles y se propone reforzar lo relacionado con los datos de cobertura, realizar estudios por conglomerados después del tratamiento, mejorar la información disponible sobre la morbilidad, y difundir la información compilada y monitorear su efecto.
- Entre los desafíos que Guyana afrontó durante la AMM están:
  - ✓ la capacidad técnica y administrativa (la OPS/OMS y el Ministerio de Salud asistieron en esta tarea) y el entrenamiento (internos de la universidad)
  - ✓ la supervisión y la gestión de datos (la OPS apoyó el entrenamiento y la coordinación)
  - ✓ el soporte administrativo y logístico: almacenamiento, envasado/reempaque de los medicamentos, transporte (el Ministerio de Salud brindó todo el apoyo)
  - ✓ las compras y la cadena de suministros del DEC (en Brasil) y el ALB (donado por GSK)
  - ✓ la movilización social y el programa de medios de comunicación (llegó tarde y finalmente no alcanzó a la población objetivo; el Ministerio de Salud y la empresa Guyana Water Incoporated utilizaron su personal para la movilización social y los trabajadores de salud llevaron a cabo estrategias de movilización de la comunidad).
- Innovaciones del programa de Guyana:
  - ✓ formación de voluntarios de las comunidades y organizaciones basadas en la fe
  - ✓ establecimiento de puntos de distribución, en particular en los centros de salud
  - ✓ el objetivo de alcanzar a los ”grandes empleadores”, como ministerios, lugares de trabajo e instituciones
  - ✓ el establecimiento de alcances especiales y ejercicios “de limpieza”
  - ✓ la educación pública, oportunidades para hablar de salud.

Preguntas y comentarios

El **Dr. Cerón** intervino para comentar algunos desafíos e innovaciones referidas en la presentación del Dr. Sagar. Comentó que es la primera vez que el Ministerio de Salud de Guyana se atreve a hacer una evaluación en Georgetown, que es una ciudad urbanizada. Así pudieron ver la baja cobertura, pues es difícil saber cuál es la población que vive en la ciudad y, por tanto, la población objetivo en Georgetown, ya que está llena de comercios, la población es itinerante y no se tienen datos exhaustivos de la población. Apuntó que están seguros de que abarcaron las coberturas en la periferia, que es donde más se presentan los casos de FL, y que aunque esto no debe dar una falsa seguridad, esta experiencia ha dejado muchas lecciones, no solo para esta región guyanesa, sino para otros lugares urbanizados. Otro punto a destacar es que Guyana está integrando las enfermedades desatendidas en un solo plan estratégico para 5 años y esto es importante, porque hay algunas actividades que son transversales con otras enfermedades; esto ya ha empezado a dar las primeras lecciones al aplicarse en esta primera experiencia que se está realizando en Guyana. Por ejemplo, llevó tanto tiempo desarrollar los mensajes de educación, que se pasaba el tiempo para desarrollar la movilización social, comprar los medicamentos y entrenar a los voluntarios. Las lecciones aprendidas de este proceso llevan a ver la necesidad de definir las áreas responsables de cada uno de los centros de salud, con la potestad y autonomía de entrenar a sus voluntarios y tener su control y supervisión.

República Dominicana

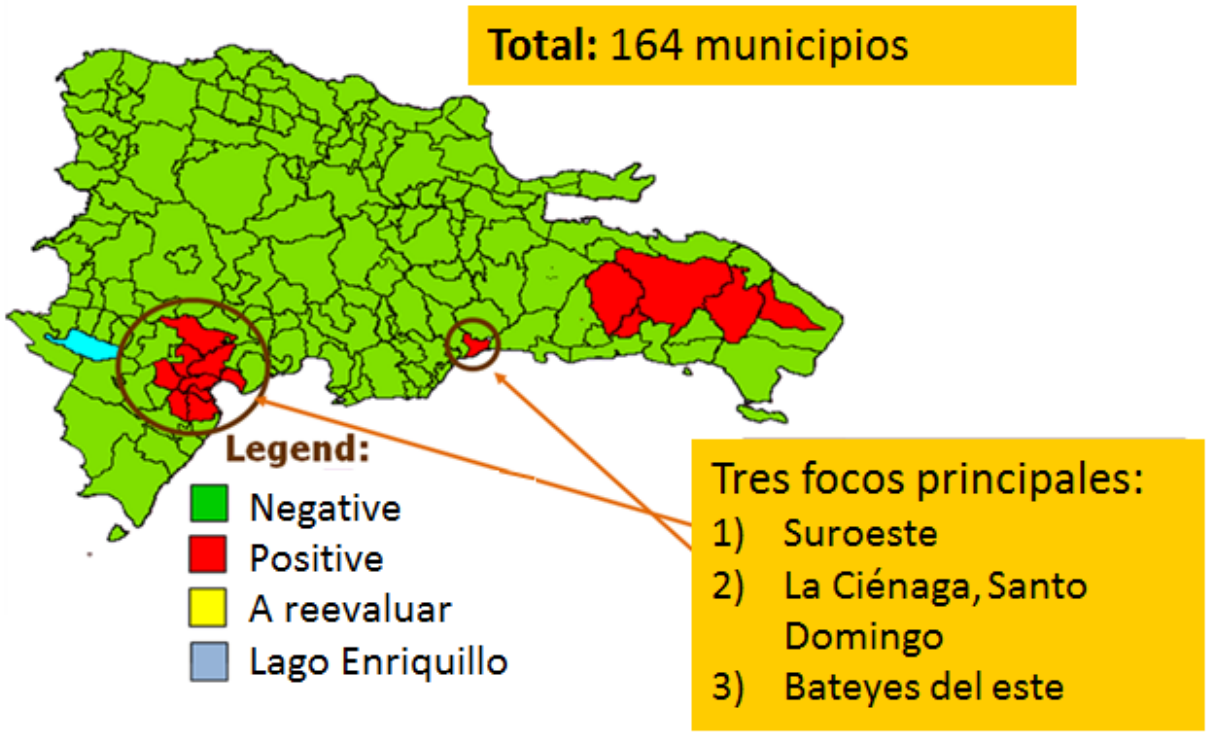
Dr. Manuel González, coordinador del PNEFL de la República Dominicana, Ministerio de Salud Pública

- La mayor parte de las intervenciones realizadas en la República Dominicana ya han sido presentadas en encuentros anteriores.

- En 2011 se creía que se tenía unos siete pequeños focos aislados, de los cuales en solo dos se habían realizado intervenciones (La Ciénaga, en Santo Domingo, y el foco del suroeste). Se han detectado pequeños focos en algunas poblaciones mediante actividades no relacionadas con el mapeo (se examinaron niños que no estaban en las escuelas) y poblaciones muy pequeñas (bateyes); así se detectaron niños y niñas con FL. A finales de 2011, se hizo otra evaluación, con el apoyo de la OPS, y se descubrió que en realidad solamente quedaba transmisión de FL en el foco del este, donde no se había intervenido; pero esa transmisión activa estaba restringida a los bateyes ubicados más o menos cercanos entre sí y abarcaba una población menor de 200 mil habitantes. Aunque el programa de eliminación de la FL en la República Dominicana se inició en 1999, el proceso de mapeo continuó durante los dos años sucesivos y el inicio de las intervenciones en los focos se retrasó. La primera intervención se realizó en el foco del suroeste y en los años sucesivos se hicieron cuatro AMM. Inicialmente, solamente se realizó la AMM en los 10 municipios con prevalencias superiores a 1 % de mf, pero se decidió extenderla a toda la población de las cuatro provincias de la región, por compartir las mismas condiciones y en atención a que la interrupción de la

trasmisión no estaba garantizada, salvo que se hiciera esa intervención amplia. La 5.ª ronda de AMM para el foco del suroeste se realizó en diciembre de 2007 y tuvo que ser muy focalizada debido a la tormenta Noel, que azotó a la República Dominicana el 30 de octubre de ese año, seguida de la tormenta Olga. Esto obligó a cancelar todos los planes de AMM. Aunque no se consigna por qué no se extendió a toda la región, sí se aplicó la quinta AMM en 17 bateyes distribuidos en tres de las provincias de la región sur, por ser las áreas de prevalencia y riesgo de FL (figura 4).

FIGURA 4. Filariasis linfática en la República Dominicana, 2013



• En las reuniones regionales de FL se recomendó que el Ministerio de Salud se hiciera cargo de los territorios. En 2002, la República Dominicana comenzó con voluntarios, pero en 2003 se hizo la transición a la participación del sector de la salud mediante las unidades de atención primaria, que abarcaban un territorio donde vivían aproximadamente 600-700 familias y contaban con un equipo sanitario que velaba por su salud. Se hizo esa transición para apoyar y fortalecer estas oficinas y fortalecer el trabajo, ya que el equipo de eliminación de la FL está compuesto por apenas siete técnicos. De esta forma, estas tareas se pasaron a las unidades de atención primaria

y, con el tiempo, se logró que el proceso de la lucha contra la FL estuviera a cargo de esas oficinas, con la supervisión del equipo técnico.

- En el caso del foco de La Ciénaga, ubicado en Santo Domingo, se logró poner en práctica la estrategia con voluntarios comunitarios. Tanto en La Ciénaga como en el sur, el monitoreo mostró que se alcanzó la meta de menos de 1 % de personas infectada con FL en ambos focos. No se pudo iniciar un estudio más profundo, necesario para determinar si se puede detener la AMM, por falta de apoyo y porque la metodología no estaba clara. El Grupo de Trabajo para La Salud Global (Task Force for Global Health), de Atlanta, Estados Unidos, ya tenía un estudio financiado por la FBMG, y tenía previsto en su segunda fase determinar cuándo detener la AMM. En 2009, se logró hacer un estudio en el foco del suroeste, que dio a entender que se podía detener la AMM por mostrar una prevalencia de 0,01 % a partir de dos muestreos con 3 500 muestras entre niños y adultos (según lo previsto).

- Todavía no se ha intervenido en el foco del este por no contar con el apoyo necesario y surgir dificultades para obtener los medicamentos a tiempo (sobre todo el DEC, ya que el ALB se recibió por donación). Se espera que el DEC llegue entre agosto y septiembre de 2013 y se comience inmediatamente la AMM. Si el medicamento tarda más en llegar, se reprogramaría la AMM para noviembre, ya que en esa fecha se tiene previsto realizar una jornada de desparasitación y se cuenta con apoyo nacional. Esto entraría a formar parte del proceso de integración del programa de filariasis con los programas de otras enfermedades desatendidas.

- El PNEFL viene realizando acciones con financiamiento externo y no con financiamiento del gobierno dominicano. Estas acciones consisten básicamente en la vigilancia epidemiológica en los focos de La Ciénaga y el suroeste. En el primero, se intentó hacer un EVT, pero los recursos faltaron y solo se obtuvieron 517 muestras de las 875 previstas. Las muestras se tomaron en las áreas cenagosas del foco y no se pudo cubrir la parte urbana, donde es más difícil el contagio. Aunque al no alcanzar la totalidad de la intervención no se puede afirmar que se haya realizado un EVT como tal, este estudio encontró solamente 1 niño positivo.

- Se planifica establecer la vigilancia centinela para detectar tempranamente y prevenir la reintroducción y el recrudecimiento de la FL, encontrar casos que no se hayan detectado con la metodología utilizada y saber si se están dando las condiciones para la transmisión. Por ejemplo, se requiere vigilar las zonas donde se está asentando la población haitiana que migró hacia la República Dominicana después del terremoto que afectó a ese país en 2012.

Preguntas y comentarios

Dr. Resida: ¿Reciben algún pago esos voluntarios?

Dr. González: Los voluntarios no reciben pago, son seleccionados por la comunidad y se les ofrece solamente una dieta equivalente a US$ 5 00 diarios durante la jornada (que dura aproximadamente 10 días).

Dr. Nicholls: Se mencionó que en los sitios donde se interrumpió la transmisión, están en proceso de poner en marcha la vigilancia, ¿nos podría dar una idea de cuál es el protocolo que piensan utilizar?

Dr. González: Todavía no se ha desarrollado ningún protocolo. Estamos interesados en utilizar el EVT, porque mediante esta metodología logramos determinar que en determinadas regiones del país se ha eliminado la transmisión. Ahora bien, tenemos la idea clara de cuáles son las provincias de destino de los inmigrantes que podrían estar infectados por la FL, pues se pueden detectar mediante la búsqueda activa de casos de malaria en inmigrantes haitianos y en los brotes de malarias sucesivos que pudieran aparecer tras la llegada de migrantes haitianos, de manera de determinar si hay transmisión de FL en esas áreas. Estamos tratando de precisar esta metodología y es lo que buscamos en este encuentro, ya que sentimos que a la metodología de los EVT le falta definición. Por ejemplo, en la búsqueda de niños hemos encontrado que muchos de los infectados que llegan son adultos, por lo que hay que esperar a que infecten a un niño y que se produzca la cadena de transmisión para actuar. Entonces, estas son preguntas que nos hacemos porque creemos que debe haber algo complementario al EVT, es decir, no solo basarse en el EVT.

Dr. González: Con respecto al componente vectorial que originalmente teníamos, la noticia es que lo estamos recuperando; hemos tomado la inquietud del año pasado y de alguna manera estamos haciendo los arreglos para que en la nueva intervención esté contemplado ese elemento, lo mismo que en todo el proceso de vigilancia.

Brasil. Programa Nacional de Eliminación de la Filariasis Linfática, de la Secretaría de Vigilancia Sanitaria

Dra. Karina Fiorillo, Ministerio de Salud

- Brasil tiene aproximadamente 190 millones de habitantes (según el censo de 2010), 83 % de los cuales cuenta con acceso a servicio de agua potable; tiene 27 provincias divididas en 5 579 municipios.

- Hasta la década de 1950, la información sobre FL se originaba mediante encuestas hemoscópicas aisladas, hasta que el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud realizaron una encuesta epidemiológica sistemática en todo el país en 1951.

- Entre 1951 y 1958 se realizaron investigaciones sobre FL en 24 estados y 538 localidades, pero no fue hasta finales de la década de 1960 que se identificaron focos en Belém, Recife y Salvador.

- Entre 1970 y 1975 se establecieron políticas dirigidas principalmente al control de vectores; de 1975 a 1983 se realizó el tratamiento selectivo y para el año 1983 el foco de Bahía se consideró eliminado.

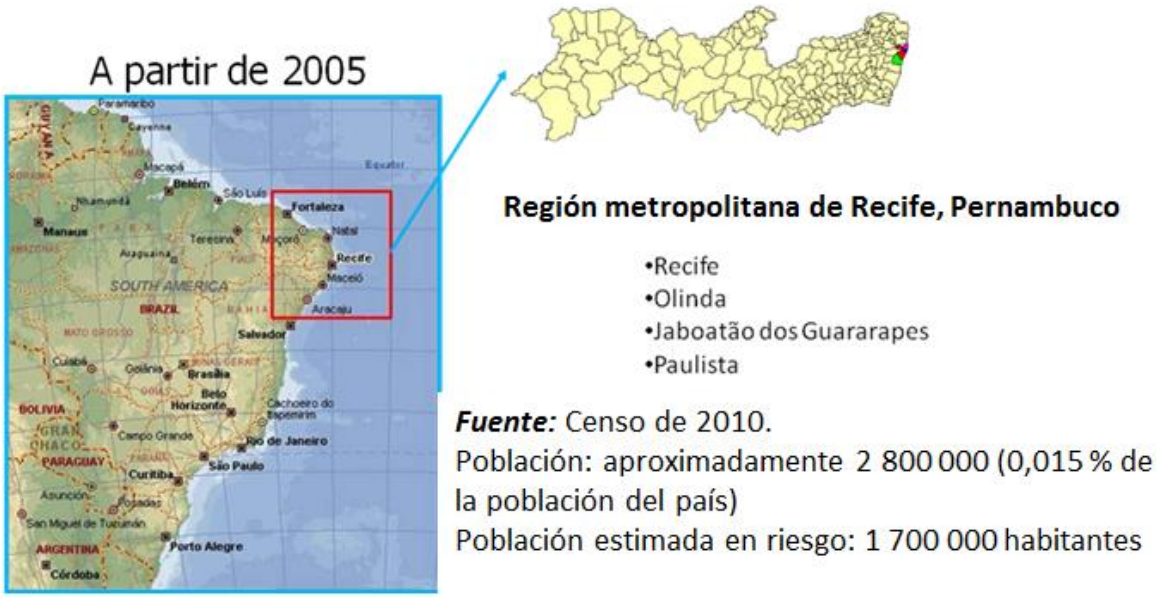
- En 1985, el Ministerio de Salud, teniendo en cuenta la disminución en las tasas de mf en Recife (de 6,9 % en 1954 a 0,7 % en 1984) y Belén (de 9,8 % en 1952 a 0,03 %

en 1983) concluyó que la endemia de la enfermedad estaba bajo control de manera satisfactoria y sin la gravedad del pasado.

- Brasil se adhirió a la ya citada propuesta de la OMS para la eliminación de la filariasis linfática como problema de salud pública hasta el año 2020, presentada en 1997, ese mismo año y estableció su PNEFL, con el respaldo de la Resolución WHA 50.29.

En la figura 5 se muestran las provincias endémicas de Brasil.

FIGURA 5. Provincias endémicas de filariasis linfática en Brasil



- Entre las acciones que se han realizado en los municipios endémicos están las siguientes:

  - ✓ En 2002, Brasil inició el tratamiento masivo con DEC mediante 10 unidades de intervención en los municipios endémicos; en 2013, hicieron el cierre previsto después de la evaluación local.
  - ✓ En la región metropolitana de Recife se ha incrementado el número de tratamientos, desde aproximadamente 20 mil personas en 2003 a casi 200 mil personas en 2012, lo que permitió reducir la prevalencia de mf de 0,88 % (en 2003) a 0,005 % (en 2012).
  - ✓ En 2012, se realizó el tratamiento colectivo en las ciudades de Recife (10 AMM), Olinda (8 AMM) y Jaboatão dos Guararapes (4 AMM), con una cobertura de 82,1 %; 90,6 %; y 95,9 %, respectivamente.

- Entre los retos que enfrenta el PNEFL están la detección y el tratamiento tempranos de los casos, la formación permanente de profesionales de la salud (ya que existe una alta rotación de los profesionales en sus sitios de trabajo), la referencia de los casos de FL que requerían tratamiento quirúrgicos, el mantenimiento de la ausencia verificada de casos por 5 años y, por último, la solicitud de la verificación de la eliminación de la transmisión.

- Entre los avances logrados con respecto a la FL en Brasil, se eliminó la transmisión de la FL en las siguientes ciudades:

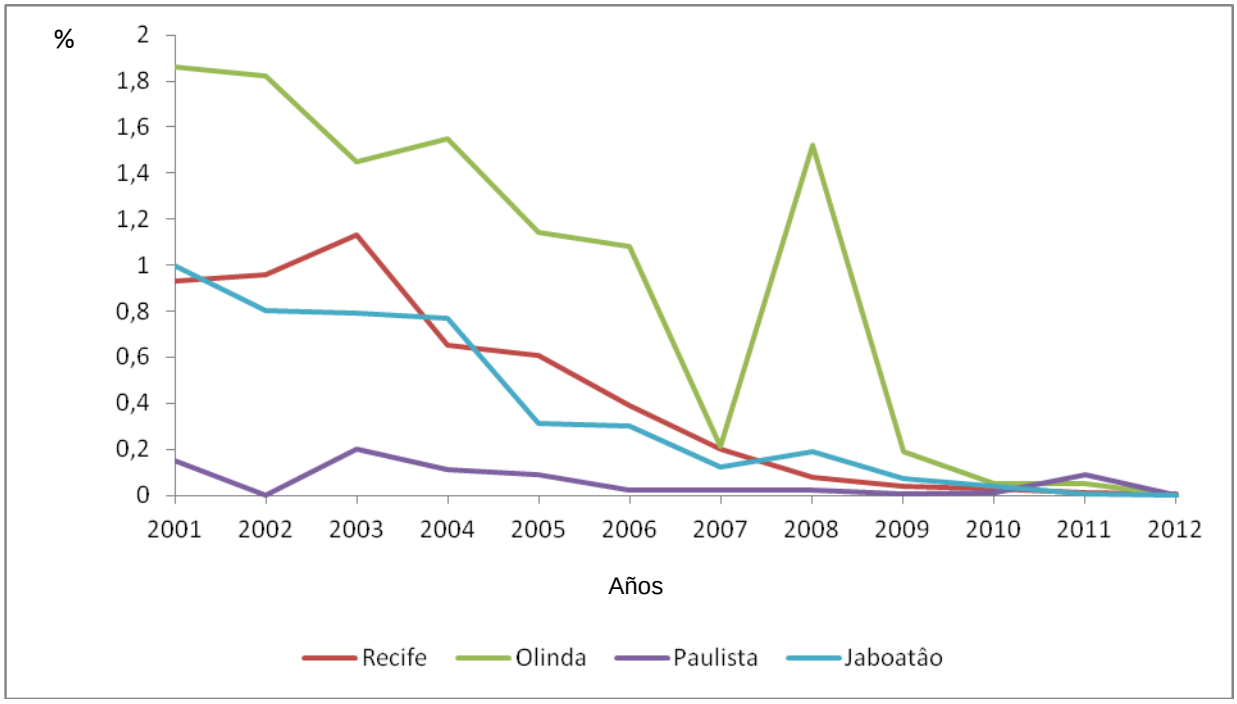
  - ✓ Belém, estado de Pará, donde las actividades para eliminar el foco comenzaron en la década de 2000 a 2010 (el expediente se envió a la OPS en 2006), entre ellas, varias investigaciones en muestras de población y estudios de morbilidad y de los niveles de infestación vectorial mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR).
  - ✓ En la ciudad de Maceió se interrumpió la transmisión en el año 2005.
  - ✓ Además, se ha reducido progresiva y consistentemente las tasas de positividad en la región metropolitana de Recife (ver cuadro 7 y figura 6).

CUADRO 7. Evolución de la positividad de la filariasis linfática por municipio endémico, Brasil, 2001-2012

Años	Recife (%)	Olinda (%)	Paulista (%)	Jaboatão (%)
2001	0,93	1,86	0,15	1,00
2002	0,96	1,82	0,22	0,80
2003	1,13	1,45	0,20	0,79
2004	0,65	1,55	0,11	0,77
2005	0,61	1,14	0,09	0,31
2006	0,39	1,08	0,02	0,30
2007	0,20	0,21	0,02	0,12
2008	0,08	1,52	0,02	0,19
2009	0,04	0,19	0,004	0,07
2010	0,03	0,05	0,01	0,04
2011	0,01	0,05	0,09	0,003

2012	0,008	0,00	0,00	0,00

FIGURA 6. Evolución de la positividad de la filariasis linfática por municipio endémico, Brasil, 2001-2012



- ✓ Entre los materiales para fortalecer la capacidad de los profesionales de la salud, en Brasil se han elaborado varios manuales técnicos: la Guía de Vigilancia Epidemiológica y de Eliminación de la FL[11] y el Manual de Toma de Muestras Biológicas para el Diagnóstico de la Filariasis Linfática por *Wuchereria bancrofti.*[12]

• Los objetivos y estrategias generales que se han puesto en práctica son los siguientes:

- ✓ interrupción de la cadena de transmisión de la FL con miras a su eliminación
- ✓ interrupción de la transmisión vectorial

[11] Brasil, Ministerio de Salud. Guía de vigilancia epidemiológica y de eliminación de la filariasis linfática. Disponible en: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_filariose_web.pdf Acceso el 14 de enero de 2014.

[12] Brasil, Ministerio de Salud. Manual de toma de muestras biológicas para el diagnóstico de la filariasis linfática por *Wuchereria bancrofti*. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/filariose_linfatica_manual.pdf Acceso el 14 de enero de 2014.

- ✓ mantenimiento de la asistencia a los portadores de FL.

- Las intervenciones realizadas en los sitios con transmisión comprobada fueron:
  - ✓ tamizajes hemoscópicos (microfilaremia o ICT)
  - ✓ tratamiento individual
  - ✓ expansión de la cobertura de tratamiento colectivo mediante la AMM
  - ✓ control del vector y el ambiente mediante biocidas, mosquiteros y aspersión intradomiciliaria, de acuerdo con la realidad local
  - ✓ educación sanitaria: informes en las comunidades de las áreas afectadas sobre la enfermedad y las medidas que se pueden adoptar para su reducción/eliminación
  - ✓ asistencia a enfermos de FL
  - ✓ confirmación de la eliminación de la transmisión
  - ✓ estudios de la infección en personas mediante pruebas de ICT
  - ✓ estudios de la infección vectorial mediante PCR y xenomonitoreo.

- Las actividades a realizar en Brasil en el bienio 2012-2013, integradas en el plan de EID y en el marco del plan de desarrollo Miseria Zero, son las siguientes:
  - ✓ monitoreo de las áreas endémicas e intervenciones en las localidades con transmisión comprobada
  - ✓ solicitud y suministro de medicamentos (Brasil produce su propio DEC y no distribuye ALB) y paquetes de diagnóstico rápido (ICT)
  - ✓ mantenimiento de los niveles de cobertura del tratamiento colectivo en la región metropolitana de la ciudad de Recife
  - ✓ descentralización del control de enfermedades, con autonomía en la provincia de Pernambuco y los municipios endémicos
  - ✓ documentación de la eliminación de la FL en las áreas restantes del país.

- Las estrategias para poner en marcha el plan de desarrollo de EID, que incluye la eliminación de la FL, son básicamente la búsqueda activa y la detección pasiva de casos, la provisión de tratamiento individual a los portadores de mf y los casos clínicos, el control vectorial y de la transmisión, y el saneamiento ambiental.

- Los resultados del plan integrado para las EID son la interrupción de la transmisión de la FL, la documentación del proceso dirigido a interrumpir la transmisión en todo el país a fin de solicitar la verificación de la eliminación y la promoción de la asistencia médico-social a los portadores de secuelas de la FL.

- Los principales desafíos que Brasil debe enfrentar son: el control de las fuentes de infección, el control sostenido de los criaderos de mosquitos, el mantenimiento de

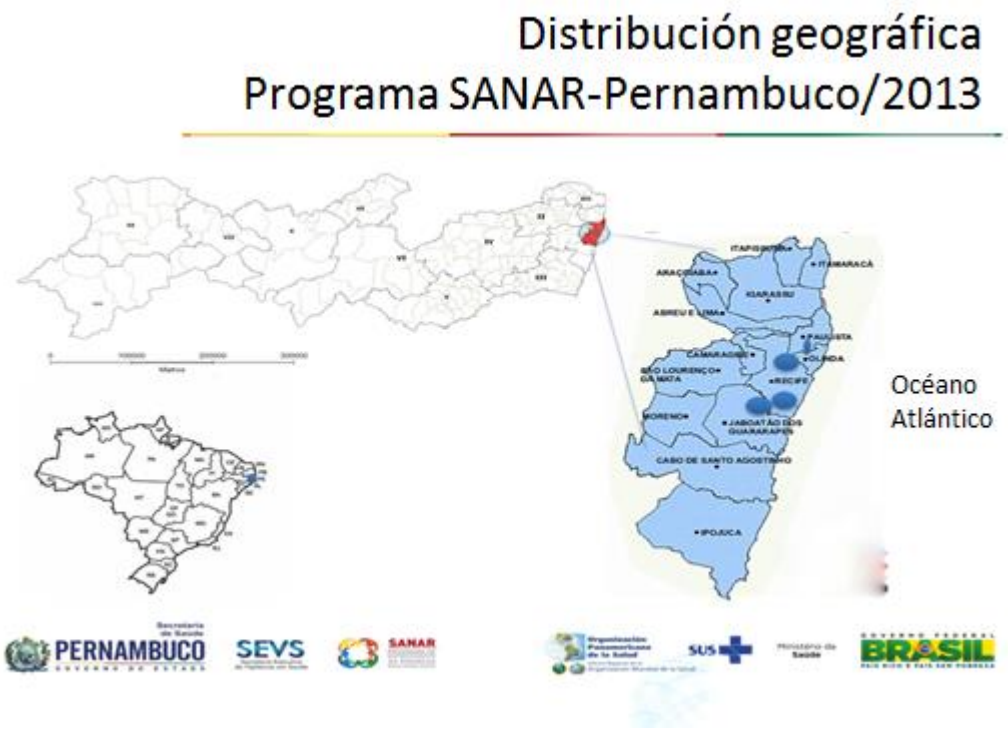
mecanismos sensibles de vigilancia para garantizar la investigación, el control oportuno en caso necesario y la ausencia de casos autóctonos en otras áreas del país.

Recife, estado de Pernambuco, Brasil

Dr. José Alexandre Menezes Da Silva, coordinador, Secretaría Estatal de Salud de Pernambuco, Coordinación General del Programa SANAR

El único foco activo de transmisión de FL en Brasil se encuentra en el estado de Pernambuco, en el nordeste del país (figura 7), donde básicamente hay transmisión en cuatro municipios: Jaboatão, Olinda, Paulista y Recife.

FIGURA 7. Ubicación geográfica de Recife, Pernambuco, Brasil

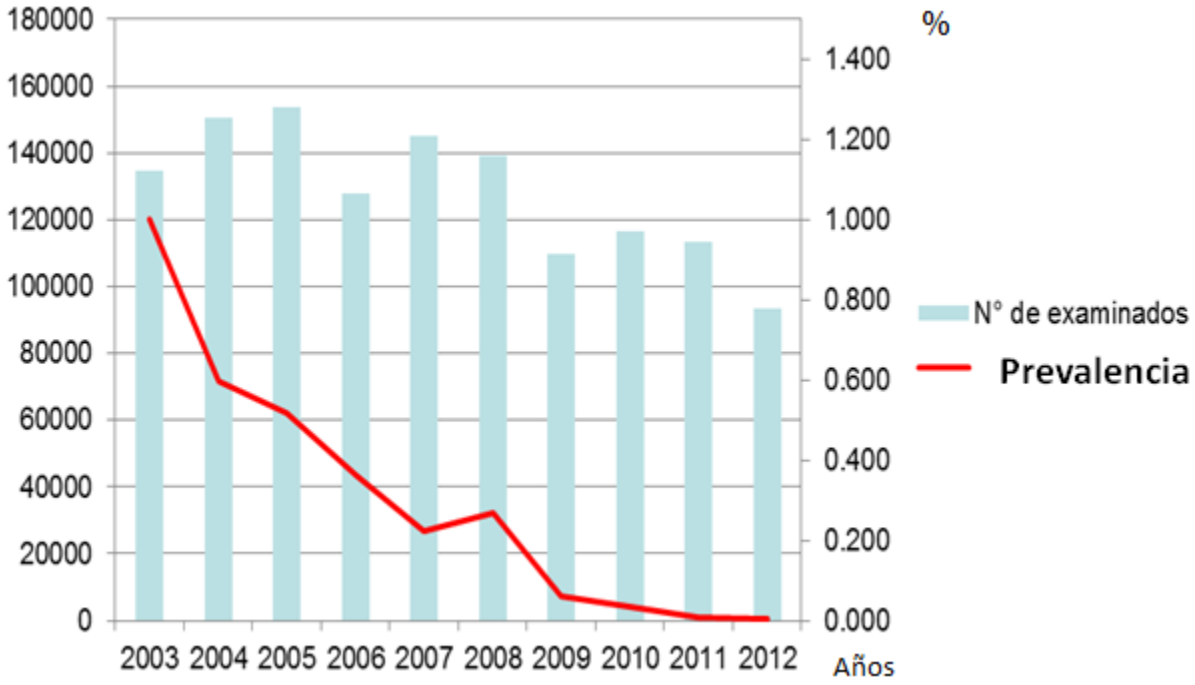


- En estos cuatro municipios se mantiene la vigilancia desde 2003 y el porcentaje de positividad ha disminuido progresivamente en los últimos años (figura 8).

FIGURA 8. Filariasis linfática: exámenes realizados y porcentaje de positividad, Pernambuco, Brasil, 2003-2012

Número de exámenes realizados

Prevalencia



- En esta ciudad funciona un programa de vigilancia de la infección y control del vector, a cargo del Centro de Investigación Aggeu Magalhães, de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ),[13] y se examinaron 16 000 vectores (positividad = 0,2 %) en los distritos con más de 6 años de intervenciones.

Adicionalmente, en algunas de estas municipalidades del estado de Pernambuco con transmisión de FL se realizó el control vectorial biológico con *Bacillus sphaericus* (figura 9).

FIGURA 9. Vigilancia y control del vector en Recife, Pernambuco, Brasil

[13] Katholi KR, Toé L, Merriweather A, Unnasch TR. Determining the prevalence of *Onchocerca volvulus* infection in vector populations by screening pools of blackflies. J Infect Dis. 1995;172:1414-7. Disponible en: http://www.filariajournal.com/sfx_links?ui=1475-2883-6-13&bibl=B10 Acceso el 3 de enero de 2014.

Control biológico del vector con *Bacillus sphaericus*, Pernambuco, 2012

Ciudad	Realizado (S/N)	No. barrios
Paulista	NO	0
Jaboatão	NO	0
Recife	SI	18
Olinda	SI	12

Fuente: GDNTV/SEVS/SES-PE, 2012, datos sujetos a cambios. (Recife, Olinda, Jabotão y Paulista).

En 2012, se aplicó la AMM a un total 171 360 personas de 34 barrios de Pernambuco, para una cobertura de 82,1 % de la población objetivo.

- Los socios y colaboradores apoyan los proyectos de investigación del SUS (Sistema Único de Saúde) y las actividades del proyecto SANAR.
  - El diagnóstico epidemiológico de la infección la realizó "FIOCRUZ- Ensaios de Proficiência" mediante una encuesta.
- Las acciones programadas en Pernambuco en el marco del programa SANAR para el período 2013-2014 son:
  - ✓ gestión de las prioridades
  - ✓ gestión integrada
  - ✓ selección de prioridades para un presupuesto inicial de R$ 5,6 millones
  - ✓ monitoreo mensual desde la oficina del gobernador
  - ✓ evaluación.
- El objetivo del programa SANAR es el de reducir el número de casos o eliminar la transmisión en el estado de Pernambuco de siete enfermedades infecciosas desatendidas; las estrategias a utilizar son: el mapeo, el tratamiento colectivo, la vigilancia y la verificación de la eliminación según la guía de la OMS sobre EVT.

Preguntas y comentarios

Dra. Lloyd: Me llamó la atención que en la última ronda de AMM en Olinda, el tratamiento colectivo duró 9 meses en comparación con los 30-45 días que duró en otra ciudad, ¿pueden explicarlo?

Dra. Fiorillo: Esa duración es general, dentro de cada localidad fue corta, en su totalidad duró eso.

Dr. Nicholls: José Alexander Menezes mencionó el estudio de 16 000 vectores con una positividad de 0,2 %, o sea, 32 vectores positivos de los 16 000 examinados; mi pregunta es: ¿qué significa eso en términos de la transmisión? Es decir, ¿existe un umbral de porcentaje de infección como existe, por ejemplo, en oncocercosis, donde se acepta que una positividad < 1 en 2 000 moscas infectadas indica que ya no hay transmisión?

Dr. Menezes: La verdad debí haber presentado ese dato más desagregado, por vector; resultaría más simple de entender y la positividad sería menor. Me comprometo a enviar ese dato con detalles respecto a la positividad.

Dr. Ault: ¿Qué está pasando en Paulista? ¿En qué punto está Paulista con respecto a la situación de verificación? Otra pregunta es sobre las unidades de implementación: yo entiendo que el proceso de tratamiento colectivo fue un avance y en 2012-2013 ustedes han llegado a una cobertura de todos los barrios en el proceso del tratamiento colectivo, ¿es así?

Dr. Menezes: En Paulista, desde el año pasado, se estaban haciendo actividades pasivas, como la recolección de muestras para el estudio de especies, y eventualmente se trabajó con pruebas de ICT en algunas áreas, con tratamiento selectivo (se encontraron apenas 2 casos positivos). En 2013, se propuso realizar un EVT en las áreas de este municipio que presentaran casos positivos y donde durante algunos años no había habido intervención con AMM; procederemos a discutir los exámenes de las pruebas de ICT en niños en algunas áreas que vamos a definir como áreas de trasmisión; esta es una vigilancia pasiva en áreas de transmisión. Con respecto a la otra pregunta: en los últimos 12 años de actividades comenzamos con seis barrios considerados de riesgo, donde ya pasaron más de 6 años de la AMM. Recientemente, Olinda pasó a una amplia vigilancia, que abarca varios barrios que, aunque no presentan casos positivos, presentan indicadores de riesgo ambiental. Asimismo, Jaboatão cuenta con cuatro barrios con indicadores de riesgo ambiental y debe someterse a vigilancia. Pensamos que la cobertura abarca la totalidad de los barrios, y con el apoyo de FIOCRUZ se busca verificar mediante encuestas si existe transmisión en estos u otros barrios de los cuatro municipios endémicos, o en otras ciudades próximas a esos municipios.

Dr. Ault: Otra pregunta sobre esta información: ¿usted indicó que la población en riesgo es de 1,7 millones de personas?

Dr. Menezes: Sí, esta información la presentó la Dra. Fiorillo. Como el número de habitantes de los cuatro municipios llega aproximadamente a 3 millones, y tomando en cuenta los espacios endémicos que presentan ciertas características ambientales y de riesgo, la población en riesgo es de aproximadamente 1,7 millones de personas que residen en estas áreas. No sé si fui claro en la respuesta.

Dra. Fiorillo: Tengo otro comentario: hay un trabajo que tomamos de referencia para verificar la transmisión en esos otros municipios y estamos verificando la transmisión en ellos.

Discusión del tema 1

Dra. Ichimori: ¿Cuál es o cuáles son las principales especies de vector presentes en estos países?

Dr. Menezes: Voy a pedir ayuda a la Dra. Fiorillo para responder. En la ciudad de Pernambuco no tenemos vector de importancia epidemiológica: los mosquitos del género *Anopheles* para malaria, *Culex quinquefasciatus* para la filariasis y el *Aedes aegypti* para el dengue. La malaria en la región noreste no está considerada un problema de orden público; en Brasil, la malaria se presenta en la región norte amazónica, pero los estados de esa región realizan un control integrado de la vigilancia de casos. Hay muchos avances y está muy controlado.

Dr. González: En el caso de la República Dominicana, los vectores son prácticamente los mismos que en Brasil. El mosquito *C. quinquefasciatus* está identificado prácticamente como el único vector de la filariasis, el *Anopheles albimanus* está vinculado con la malaria y el *A. aegypti* es el vector del dengue.

Dr. Cerón: En Guyana es más o menos lo mismo: tenemos el *C. quinquefasciatus* para la filariasis, el *A. albimanus* para la malaria y el *A. aegypti* es el vector del dengue.

Dr. Oscar: En Haití, es el *C. quinquefasciatus* para la FL y el *A. albimanus* para la malaria.

Dr. Chadee: Pienso que lo que pasa en estos años es que no estamos examinando los otros mosquitos relacionados con estas enfermedades. Particularmente en Guyana, es muy frecuente encontrar parásitos durante los brotes de malaria. Muchas de estas personas viven en sitios donde coexisten la malaria y la FL, lo que hace que la pregunta quede muy abierta en este momento. Pero hay un enlace entre los diferentes países, y ese es uno de los problemas potenciales en Georgetown. Entonces, en la región están presentes varios factores y creo que lo que ha pasado es que las personas encuentran la malaria y no buscan ningún otro parásito. Por ejemplo, se han encontrado casos de mosquitos que se alimentan de la sangre de personas que están infectadas con FL, así que creo que sería una buena oportunidad para que no solo se busque en los vectores principales, sino también los vectores secundarios.

Dr. Cerón: Solo quería reforzar lo que decía el Dr. Chadee, pues hace mucho tiempo que en Guyana no se hace una buena evaluación para ver si los mosquitos *Anopheles* ha pasado a ser un vector secundario. La verdad es que en la costa atlántica de Guyana no tenemos mucha transmisión de malaria porque se ha demostrado que el *Anopheles* es un mal vector, pero eso se viene diciendo desde hace 10 años. Creo que es el momento de investigar esto. Tenemos muchos casos de infección de malaria en

las regiones del interior y muchas personas de la costa se están moviendo a trabajar para el interior y regresan infectadas con malaria.

Dr. Chadee: Bueno, pues el estudio que hemos realizado en Guyana mostró la transmisión de la malaria. Creo que hay mucha mala información que se ha transmitido en Guyana por mucho tiempo y creo que ahora debemos reinvestigar, porque encontramos un gran número de casos en una de sus ciudades. Por ejemplo, hay transmisión en Georgetown; muchas personas lo niegan, pero cuando se ven los datos de las personas que han viajado a algunos lugares, o que han vivido en las zonas costeras, se puede sospechar que hay trasmisión. Ciertamente, en América del Sur —creo que en la parte de Brasil, Suriname o alguno de esos países— hay datos confirmatorios de que se ha transmitido de manera similar.

Dra. Ichimori: ¿Tienen alguna idea de cómo se detectan estos casos?, pues todavía no tenemos el número de casos.

Dr. Ault: En cada país se está trabajando de forma diferente y se están guardando registros. Sabemos que todos los países han estado estudiando los casos y han estado trabajando en los casos de linfoedema.

Dr. González: El estudio de la morbilidad en la República Dominicana se inició con una especie de censo, pero solamente en los focos, a medida que se realizaban las intervenciones; de manera que tenemos datos relativos a los focos del suroeste y La Ciénaga. Como parte del proceso de intervención, se va haciendo y actualizando anualmente el inventario de los casos; en el suroeste se hace la evaluación inicial, debido a que no es específico el diagnóstico definitivo. Hay alrededor de 2 447 casos de FL y, además, en extremidades inferiores. Este año se identificó el primer caso de FL en extremidades superiores en la República Dominicana; todos los casos de linfoedema eran en extremidades inferiores, ya sea en una o en ambas extremidades, o hidrocele. Con relación al hidrocele, se registraron 267 casos en del sureste (zona de bateyes), de ellos se intervinieron unos 48 pacientes en 2002, en algunos casos mediante cirugía, pues tenían el escroto afectado; cada cirugía se realizaba por separado. Posteriormente, el programa quirúrgico se detuvo, aunque continúa el programa de atención, no debido al sector salud pública, sino porque solo se atienden los casos críticos y se refieren los afectados al Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel Dominicano; luego se da seguimiento a la parte de higiene, educación y ejercicios, y se va viendo la evolución del paciente. Aunque esta actividad ha disminuido en los últimos 2 años debido a la escasa cantidad de pacientes que fluye y porque hay menos transmisión en las áreas, nuestra hipótesis es que realmente aumenta cuando hay transmisión; pensamos que están disminuyendo las crisis. En el foco de La Ciénaga, la morbilidad es de estadio bajo y no se pudo establecer el vínculo con la FL: se encontraron aproximadamente 200 casos de afectación de las extremidades inferiores, pero al investigar se encontró que no era FL. En el caso del hidrocele, nadie aceptó tenerla; en el país se sigue practicando la cirugía de hidrocele, pero cuando son pocos (las hace el cirujano general e incluso el urólogo). Cuando son muchos, en general, se aplica la técnica de Joaquín Noroe, en la que se capacitó al personal, pero los urólogo han dejado de dar este servicio, de modo que lo más probables es que si aparece

algún caso de hidrocele —incluso de gran volumen escrotal (elefantiasis escrotal)— no sea atendido por el sistema de salud.

Dr. Menezes: No tenemos información precisa de las cifras de casos de FL, la única ciudad que ofreció información fue Olinda, donde el año pasado se inició un entrenamiento para tratar a las personas con hidrocele; se concluyó una primera jornada, pero no se tienen datos sobre el número de casos encontrados. Tenemos un sistema donde se identifican los casos de cirugías de hidrocele, pero no se sabe si se trata de FL.

Dr. Cerón: En Guyana existe un sistema de recogida de datos por enfermeras epidemiólogas que le dan directamente la información al Dr. Chandee; la última información que tenemos es de 2008, pero ahora no la encuentro.

Dr. Nicholls: Tuve la oportunidad de ver en Recife un video que presenta a esta paciente con FL y linfoedema y se observa una cierta estigmatización de estos pacientes con linfoedema. Por ejemplo, en Guyana —y probablemente esto ocurre en otros países—, alguien decía que las personas no consumen alimentos preparados por personas con elefantiasis; esto lo vemos también con otras enfermedades desatendidas, como la lepra y la leishmaniasis; este es un tema colateral a la morbilidad, pero es importante y se debe tomar en cuenta.

TEMA 2: Países que lograron interrumpir la transmisión de la FL: actualización por país en materia de vigilancia y gestión de los casos residuales. Preside: Dr. Steven Ault

Costa Rica

Dr. José Luis Garcés Fernández, Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

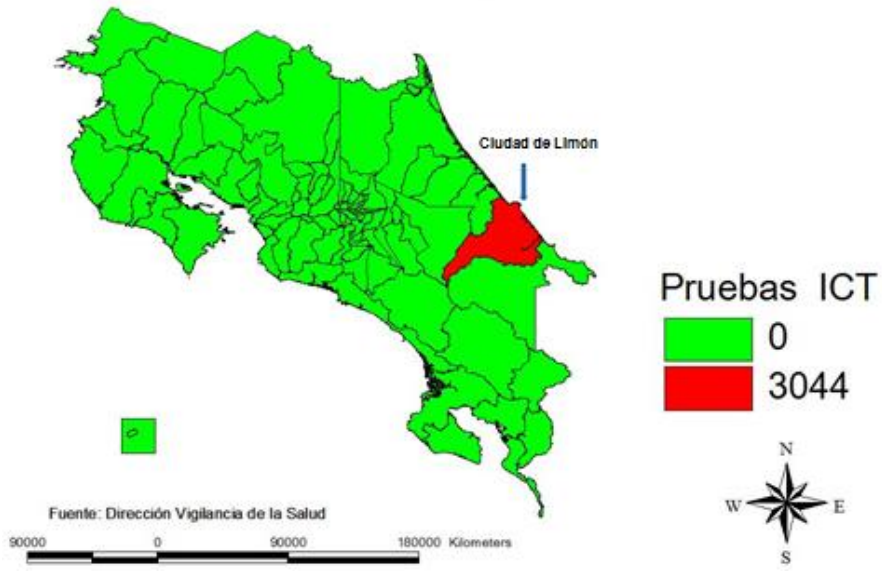
- Se presentaron las características generales del país (figura 10).

FIGURA 10. Costa Rica, generalidades

- En Costa Rica, el problema de la FL estaba limitada a la ciudad de Puerto Limón. La morbilidad residual solo se refiere a adultos mayores o en envejecimiento.

- En 2003 se examinaron 3 438 personas (27,3 %), de las cuales 3 resultaron positivas (0,1 %), todas procedentes de Limón (figura 11).

FIGURA 1. Personas examinadas para detectar antigenemia de *Wuchereria bancrofti* por inmunocromatografía (ICT) en la ciudad de Limón, Costa Rica, 2003



- La FL se encuentra en el grupo B del subsistema de notificación obligatoria, según el Reglamento de Vigilancia de la Salud, establecido por el Decreto N° 37.306-S[14].

- Se ha establecido una vigilancia centinela, sin identificar casos nuevos en los últimos 30 años. Al verificar en los expedientes de consulta de los servicios de salud (Hospital Regional Tony Facio, de la Caja Costarricense de Seguro Social) y la lista de casos de hidrocele estudiados en los últimos años, no se encontró ninguno con FL.

- Se tiene diseñado un flujo de notificación obligatoria y existe una red de laboratorios para la vigilancia de la salud pública.

- El control integrado de vectores está a cargo del Ministerio de Salud, tanto su rectoría como la provisión directa de servicios de salud y la protección y mejoramiento del hábitat humano.

- Esto se articula internamente mediante procesos de gerencia intrainstitucional, lo que garantiza la sinergia en el abordaje de eventos (malaria, dengue, enfermedad de Chagas, filariasis y otras enfermedades de transmisión por vectores)

- Del 28 de agosto al 1 de septiembre de 2006, el GRP visitó la ciudad del Limón para la certificación de la eliminación de la FL, y la evaluación externa de la OPS/OMS se realizó del 14 al 18 de junio de 2010.

- En abril de 2011, el Grupo Consultor Estratégico y Técnico de Enfermedades Desatendidas, de la OMS, recomendó sacar a Costa Rica, Suriname y Trinidad y Tabago de la lista de la OMS de países endémicos con transmisión de FL.

[14] Costa Rica, Ministerio de Salud. Reglamento de Vigilancia de la Salud, Decreto ejecutivo No. 37.306-S. Gaceta 160, octubre 12 2012.

Trinidad y Tobago

Dr. Kamesh Sharma, Ministerio de Salud de Trinidad y Tobago

- Desde 1995 no se han registrado casos positivos.
- En febrero de 2004 se informó un caso exportado de filariasis linfática.
- Hasta el año 2012 no ha habido otros casos.
- Sobre la situación actual:
  - ✓ Se realiza una vigilancia continua en más de 111 centros de salud y de distrito de todo el país, además de algunos sitios centinela.
  - ✓ Se mantienen una vigilancia continua en los seis hospitales de todo el país.
  - ✓ Los 2 casos informados en 2012 eran importados de Guyana y se siguieron.
  - ✓ Un caso informado en 2013 (entre enero y mayo) era importado de Guyana.
  - ✓ El Programa de Control de Vectores de Trinidad y Tobago está nuevamente en marcha, pero todavía no se ha informado ninguna actividad (Prof. Chadee).
  - ✓ Con respecto al ALB y la sal fortificada con DEC dada a la División de Control de Insectos Vectores local no se ha informado de ninguna reacción después de la reunión celebrada en Brasil en 2012.
  - ✓ No se han recibido aún las pruebas de ICT solicitadas en 2012, se requieren esas pruebas para la supervisión continua y se necesita una mayor supervisión en las fronteras con Guyana y Brasil.
  - ✓ Se requiere volver a sensibilizar al personal de salud.
  - ✓ El expediente para la verificación de la eliminación, que fue presentado anteriormente, podría ajustarse y volver a presentarse para la consideración del profesor Chadee, de la UWI, en colaboración con la OPS/OMS y el Ministerio de Salud.

Preguntas y comentarios

Dr. Resida: Los casos que han encontrado, ¿fueron en un área específica o en todo el país?

Dr. Sharma: Un caso en el norte, uno en el sur y uno en el suroeste.

Dr. Resida: Hago esta pregunta porque todas las áreas son susceptibles a informar casos.

Dr. Chadee: Sí, todo el país está en riesgo, igual que Suriname. Cuando una persona infectada llega y se queda por un largo período, el mosquito puede iniciar la infección y transmitir la enfermedad.

Dr. Ault: Pienso que la forma en la que instruye el sistema en Trinidad y Tobago puede constituir un beneficio para cualquiera que lo escuche. Me gustaría tomar algunos minutos para que se describa con más detalles cómo funciona ese sistema. Y también que podamos tener una sesión para responder a sus preguntas.

Dr. Sharma: El país está dividido en 4 regiones de salud, existen 10 centros de salud en las islas. Cada uno de esos centros está dirigido por un médico, en cada centro de salud hay visitas médicas diarias para atender los casos de linfoedema que llegan. Se necesita desarrollar una guía más sistemática que permita identificar los casos y diferenciar la malaria. Muchas veces, las personas vienen al país para buscar ayuda médica porque es gratis. Por eso tenemos un sistema periférico, porque vienen personas en otras condiciones.

Dr. Chadee: Eso que dice es cierto: hay un número de personas que vienen a Guyana específicamente para recibir tratamiento; esos casos vienen en su mayoría por tratamiento para la malaria y en los exámenes de sangre se detecta el parásito. En principio, esas personas venían para ser tratados por malaria, pero luego los exámenes revelaban que tenían linfoedema también, con exámenes de sangre que detectaban mf.

Dr. Ault: ¿Cuánto tiempo demora un EVT?

Dra. Won: En promedio, el tiempo real requerido en el terreno para llevar a cabo un EVT oscila entre 2 y 4 semanas cuando se trata de estudios basados en la escuela, pero se requiere más tiempo (3-6 semanas) cuando se trata de encuestas basadas en la comunidad.

Suriname

Dr. Lesley Resida, Buró de Salud Pública, Ministerio de Salud de Suriname

Se presentan algunos datos generales del país (figura 12).

FIGURA 12. Mapa de Suriname

Suriname interrumpió la transmisión de la filariasis linfática

- La información que se presentó es prácticamente la misma del año pasado, puesto que no ha ocurrido ningún cambio desde entonces.
- En estos momentos, la transmisión de la FL en Suriname está controlada, de hecho, la población joven prácticamente desconoce esta enfermedad.
- Se han reducido los criaderos de *Culex* en las grandes ciudades.
- Existen códigos sanitarios estrictos para los constructores.
- Las actividades de vigilancia deben mejorar y se necesita financiamiento.
- Es necesaria la cooperación fronteriza.
- Las estrategias de investigación, control y seguimiento de la FL son las siguientes:
  - ✓ Objetivo: mejorar la vigilancia de la FL con la identificación de los focos de transmisión, a fin de garantizar actividades de control eficaces.
  - ✓ Meta: prevenir la reintroducción y la propagación de la FL en Suriname.
  - ✓ Áreas de enfoque: frontera con Guyana, en las zonas rurales.

Preguntas y comentarios

Dr. Cerón: Un comentario: en Trinidad y Tobago y Suriname se mencionó que hay una considerable importación de casos desde Guyana, por lo que es importante que se establezca un sistema de vigilancia inter-fronteriza y se pongan en marcha mecanismos de comunicación para identificar de qué parte exactamente de Guyana vienen esos casos y dar seguimiento y detectar los contactos alrededor del lugar de procedencia.

Dr. Resida: Sí, esperamos establecer una cooperación clara entre estos tres países. Básicamente, es lo que vamos a hacer y lo que queremos establecer. Hasta ahora no se ha realizado realmente, solo se iba y se hacía el levantamiento de algunos casos. Queremos tener, especialmente en esto, una colaboración de trabajo, con una base regular para la recolección de información. Había reuniones anuales entre Suriname y Guyana —la última creo que fue en 2009—, enfocadas en los decesos (no solo los ocasionados por la FL) y en la transmisión de enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, etc. Tomando en cuenta estas enfermedades, considero que hay que integrar esfuerzos para lograr su eliminación, y eso nos hace querer formar parte de esa discusión también. Buscamos cooperación en las actividades de eliminación, en las que se puedan comprometer los dos países.

Dr. Chadee: Pienso que aquí hay una oportunidad que se presenta por sí misma, un posible caso de estudio. En Costa Rica, se han presentado casos de malaria y dengue, en Suriname hay malaria y dengue y en Trinidad y Tobago hay dengue. Es por eso que se debe diseñar un sistema de control que permita enfrentar los decesos, y eso daría la oportunidad para que Brasil, Guyana Haití y la República Dominicana hagan las modificaciones necesarias. Pienso que si usamos esa oportunidad ahora, como se presenta en Costa Rica, Suriname y Trinidad y Tobago, podemos encontrar un programa de administración que permita combatir los decesos.

Dra. Lloyd: Por suerte, la malaria es fácil de controlar e identificar su forma de presentación; no es como el dengue, que es un poco más complejo y desafiante. Pero creo que es un concepto interesante.

Dra. Ichimori: ¿En Suriname existe algún programa activo?

Dr. Resida: No, no tenemos ningún programa activo, así que lo que estamos haciendo es establecer programas en las escuelas, y en ellos se lleva a cabo el monitoreo. Seguimos teniendo la capacidad para detectar la FL, tenemos personas capacitadas y entrenadores que preparan a personas de las periferias. Entonces, lo que nos hace falta es establecer programas regulares de diagnóstico.

Dr. Garcés: Estamos hablando mucho de los determinantes patogénicos sin considerar los aspectos del ambiente, las letrinas, los entornos; no todo se circunscribe necesariamente al parásito y la persona, todo tiene que ver con los determinantes sociales de la salud, incluidas la prestación de los servicios de salud y la vigilancia. El año pasado únicamente tuvimos 8 casos de malaria (4 importados), los cuales se

vieron con un consultor. Estos casos no necesariamente se detectan por microscopia directa. Este año solo tenemos 4 casos, de ahí que el país esté seleccionado para la certificación de la eliminación de la malaria, unido al apoyo que está dando el Fondo Mundial de lucha contra la malaria para Mesoamérica. A Costa Rica le están pidiendo condiciones bastante complejas. Por ejemplo, a principios de año se dio la noticia de que en Costa Rica había 10 casos de FL (para que se vea el nivel de vigilancia) y resulta que la persona que estaba registrando los casos se confundió y estaba colocando juntos los casos de leishmaniasis y FL; de ahí que los sistemas tienen que estar preparados para cualquier eventualidad. Otra cosa: antes, viajar a África era un sueño, ahora mucha gente viaja y vienen de países africanos donde se transmite la FL; entonces, no solamente hay que vigilar las zonas fronterizas, sino también los movimientos intercontinentales. Hubo un caso de una persona que llegó ilegal desde Panamá con la enfermedad. La malaria en Costa Rica es muy difícil de eliminar; solo El Salvador está precalificado para la certificación de la eliminación de la malaria. Sí estamos afectados por el dengue, que absorbe todos nuestros servicios, tanto de atención de salud como de control de vectores. Una de las necesidades que tenemos con respecto a la certificación de la eliminación de la malaria es el fortalecimiento de la capacidad en entomología médica, y estamos tratando de hacerlo a través de la academia, capacitando a personal nuevo, porque muchos de los entrenados con anterioridad ya no están. Para considerar malaria, filariasis y dengue habría que hacer un análisis más exhaustivo en cada uno de los países.

Dr. Ault: Gracias, Dr. Garcés, es muy bueno que haya expresado el sentir de Costa Rica con respecto a la necesidad de más entrenamiento y de incrementar su personal, que es lo mismo que se requiere, tanto en Guyana y Suriname, como en los demás países endémicos de la Región; la OPS ha reconocido la necesidad de recursos humanos y de entrenamiento. Así que estoy tomando nota de esto, para pasar a las personas que deben tomar decisiones al respecto. También Costa Rica es uno de los países de América Central con un gran número de casos de podoconiosis; así que es importante, en el caso de Costa Rica, estar atentos a este nuevo evento, que puede generar confusión inicial o un mal diagnóstico al confundirse con el linfoedema. En los últimos años ha habido una red o grupo internacional, integrado por profesores del Reino Unido, para elevar la alerta acerca de la podoconiosis y de la confusión que representa con respecto al linfoedema. Si alguno de ustedes quiere más información al respecto, yo se las podría facilitar.

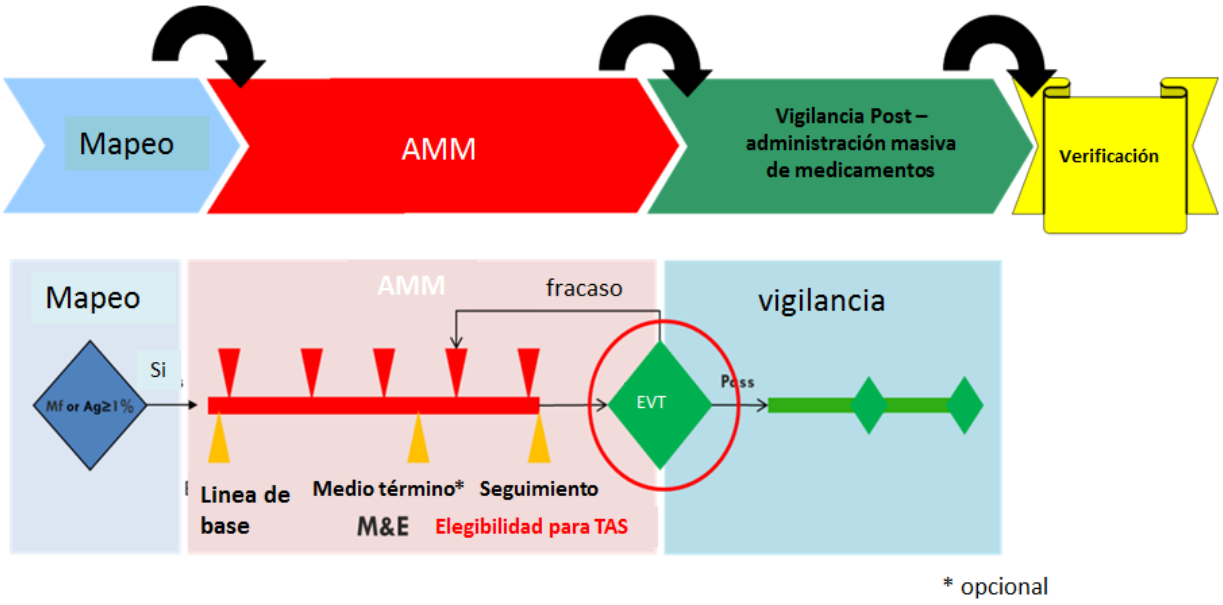
TEMA 3: Monitoreo y evaluación de la eliminación de la filariasis linfática. Preside: Dr. Santiago Nicholls

Actualización sobre los usos de la encuesta de estudios de valoración de la transmisión (EVT) y la aplicación de EVT de la FL, según la OMS

Dra. Kimberly Won, investigadora de los CDC, Estados Unidos

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS (figura 13), los programas nacionales de eliminación de la FL deben evaluar sus actividades mediante EVT y tomar decisiones a partir de los resultados de esas evaluaciones.

FIGURA 13. Estrategia de eliminación de la filariasis linfática



AMM: administración masiva de medicamentos; EVT: estudio de valoración de la transmisión; mf: miccrofilarias; Ag: antigenemia.

Los programas deben ser capaces de evaluar si la AMM ha tenido éxito en reducir la prevalencia de la infección por FL a un nivel tal, en el que ya no sea sostenible su transmisión. El EVT se ha diseñado para ayudar a los administradores de programas a determinar si las zonas han alcanzado el umbral crítico de la infección, pues los

resultados de un EVT proporcionan resultados útiles para tomar la decisión de parar o continuar la AMM (cuadro 8).

CUADRO 8. Estructura de un estudio de valoración de la transmisión (EVT)

Problema Técnico	Guía
Área geográfica	Unidad de evaluación
Cuándo aplicar el EVT	-Se cumplen todos los criterios de elegibilidad para realizar un EVT -Al menos 6 meses después de la última ronda de AMM
Población objetivo	Niños de 6-7 años
Instrumento de diagnóstico	En áreas de circulación de *W. bancrofti*: ICT
Diseño de la encuesta	Muestreo por conglomerados o muestreo sistemático en escuelas y comunidades, o censo

Nota: AMM: administración masiva de medicamentos; ICT: prueba de inmunocromatografía.

- Para comenzar a planificar un EVT, se deben cumplir los siguientes criterios básicos de elegibilidad en cada unidad de implementación:
  - ✓ haberse completado al menos 5 rondas de AMM en la unidad de implementación
  - ✓ cobertura eficaz: al menos 65 % de cobertura epidemiológica de medicamentos (cobertura del programa) en cada ronda de AMM
  - ✓ en sitios centinela: prevalencia < 1 % de mf o < 2 % de antigenemia 6 meses después de la última ronda de AMM con cobertura eficaz en todos los sitios
  - ✓ en sitios de valoración: prevalencia < 1 % de mf o < 2 % de antigenemia después de la última ronda de AMM con cobertura eficaz en todos los sitios.

La estructura del EVT es la siguiente: un área de estudio, que debe tener una unidad de evaluación; un lugar de encuesta, que puede ser una escuela o la comunidad; una estrategia de muestreo por conglomerado, sistemático o censal; y un tamaño de muestra y un nivel de corte crítico definidos.

Área de estudio: la unidad de implementación es la unidad administrativa de un país utilizada para la aplicación de la AMM. La unidad de evaluación es el área de estudio seleccionada para la aplicación del EVT. La unidad de implementación puede combinarse, dividirse o continuar como tal al definir la unidad de evaluación. Las unidades de implementación que se combinan en una unidad de evaluación suelen ser contiguas. Toda unidad de implementación de una unidad de evaluación debe haber efectuado al menos 5 rondas de AMM con cobertura eficaz y cumplir con todos los criterios de elegibilidad de los EVT. Todas las zonas de la unidad de evaluación deben tener características epidemiológicas y de dinámica de la transmisión de FL similares (por ejemplo, cobertura epidemiológica de medicamentos, prevalencia al inicio del estudio, prevalencia de mf o antigenemia en los sitios centinela y de verificación *in situ*, principales vectores transmisores de la FL y abundancia de vectores).

Lugar de la encuesta: escuelas o comunidades, según la tasa neta de escolaridad primaria; en general, si la tasa de matricula es ≥ 75 %, la encuesta puede realizarse en las escuelas, pero si la tasa de matrícula es < 75 %, el EVT debe realizarse en la comunidad (en las encuestas escolares, el curso escolar se utiliza en lugar de la edad de los niños).

Área de estudio: la estrategia de muestreo se basa en el tamaño de la población del grupo de edad de interés y el número total de grupos/escuelas que hay en la unidad de evaluación. En general, si hay ≥ 1 000 niños o ≥ 40 grupos, se debe aplicar la encuesta a una muestra seleccionada por conglomerados; si hay de 400 a 999 niños o ≤ 40 conglomerados, el muestreo debe ser sistemático; y si hay ≤ 400 niños, el estudio debe ser censal (los puntos de corte son más altos en áreas donde el vector es *Aedes* spp., debido a que este vector transmite mejor la filaria).

Tamaño de la muestra: está en función de la población total del grupo de edad de interés, el tipo de método de muestreo y el vector primario que transmite la FL. La unidad de evaluación no debe ser mayor de 2 millones de habitantes. En las zonas endémicas de *W. bancrofti* donde el vector principal es *Anopheles* o *Culex*, el umbral objetivo es < 2 % de prevalencia de antigenemia. El tamaño de la muestra y los valores críticos de corte se eligen de manera que la unidad de evaluación tenga:

- ✓ al menos 75 % de probabilidades de transmisión, si la verdadera prevalencia de antigenemia es de 1 % (la mitad del nivel objetivo)
- ✓ no hay más de 5 % de probabilidades de transmisión (incorrectamente) si la prevalencia real es ≥ 2 %.

Logística y cronograma: se debe tomar en cuenta que:

- ✓ los equipos de campo están generalmente compuestos por tres miembros y, en promedio, se utilizan de 3 a 5 equipos por EVT
- ✓ para las encuestas por conglomerados se seleccionan entre 35 y 40 grupos (escuelas o zonas de empadronamiento) por encuesta

- ✓ la sangre se recoge por punción digital y se utiliza para la prueba de detección de antígeno de filaria; el diagnóstico rápido (por ejemplo, mediante la prueba de ICT) se realiza con mayor frecuencia en el sitio
- ✓ en promedio, el tiempo real requerido en el terreno para llevar a cabo un EVT oscila entre 2 y 4 semanas para los estudios basados en la escuela y entre 3 y 6 semanas para las encuestas basadas en la comunidad.

Estrategias actuales de vigilancia después de la AMM

Las recomendaciones actuales de la OMS son los siguientes:

- -Las encuestas deben ser periódicas; el EVT se debe repetir dos veces después de haber interrumpido la AMM, con un intervalo de 2 a 3 años.
- -La vigilancia debe ser continua (por ejemplo, en reclutas militares, donantes de sangre y pacientes hospitalizados, entre otros).

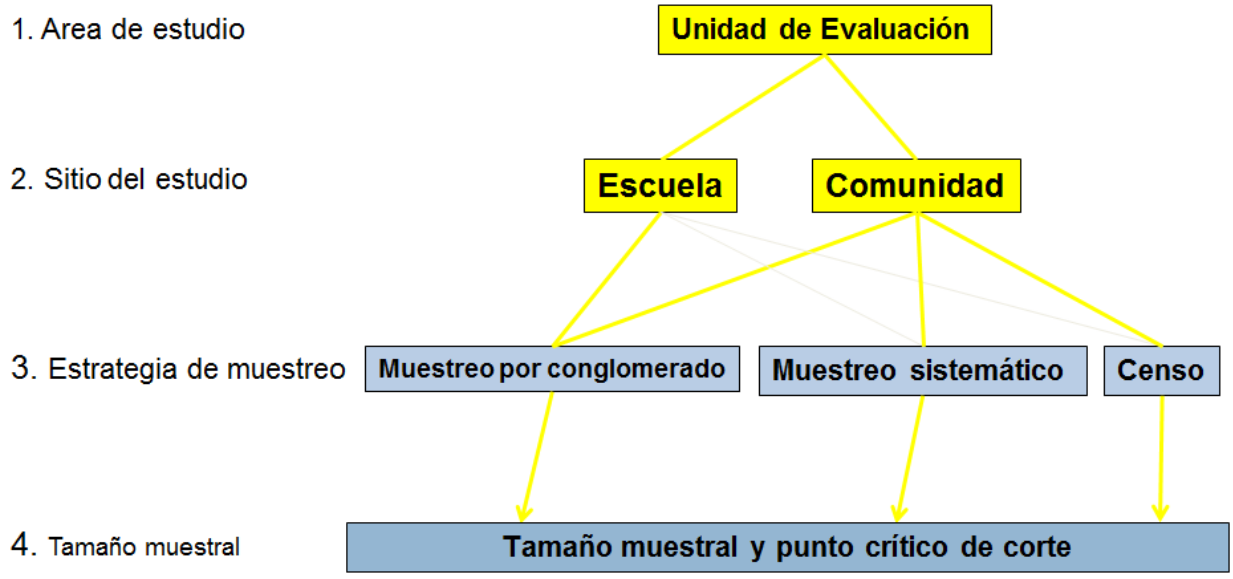
Posibles estrategias futuras de vigilancia

- La selección de otros enfoques de vigilancia después de la AMM depende del nivel de desarrollo y estandarización de las herramientas, por ejemplo, las pruebas de anticuerpos antifiláricos y el xenomonitoreo.
- Una vez que estos instrumentos se hayan validado, pueden proporcionar opciones adicionales para llevar a cabo la vigilancia después de la AMM.

Oportunidades del EVT+HTS (figura 14)

- Los programas de eliminación de la FL entregan ALB en sus programas de AMM.
- Existe poca información sobre el efecto que puede tener la AMM aplicada en la comunidad durante varios años sobre las HTS. Esta información podría ser útil para:
  - ✓ confirmar el efecto del programa de FL sobre la prevalencia y la intensidad de las HTS
  - ✓ determinar la frecuencia requerida de tratamiento para las HTS en las escuelas después de una AMM en la comunidad para eliminar la FL
  - ✓ determinar una "línea de base" para monitorear el efecto de la AMM basada en la escuela sobre la infección por HTS.

FIGURA 14. Estructura de los estudios de valoración de la transmisión (EVT) de filariasis linfática combinado con el tratamiento para las helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo (HTS)



Preguntas y comentarios

Dr. Ault: Vemos algunos países —por ejemplo, Haití— que tienen municipios que han completado los programas y otros que todavía tienen trabajo por hacer. Podemos ver que en países como Haití hay situaciones en las que se han realizado las 5 rondas con coberturas adecuadas. Pero la Dra. Won ha dicho que todas las evaluaciones deben hacerse en el momento y por tareas, así que mi pregunta es si se debería esperar a hacer las tareas al mismo tiempo en el país completo.

Dra. Won: Lo ideal sería hacerlo todo a la vez, pero la verdad es que no se puede hacer de esa forma. Creo que Haití es un muy buen ejemplo, es un país que ha aplicado la AMM y que ha completado las 5 rondas. La aplicación de la AMM a nivel de las comunidades es una pequeña unidad. Sé que la semana pasada hubo un entrenamiento en Haití, en el que desarrollaron un muy buen plan, según mi entender, para combinar diferentes áreas, identificar las de posible alto riesgo y mantener bajo la mira las que requieren una observación frecuente.

Elaboración del borrador de un plan de acción de EVT 2013–2020 (trabajo en grupo)

Elaboración de un programa para la encuesta sobre EVT.

- EVT para determinar cuándo detener la AMM

- EVT para la vigilancia epidemiológica después del tratamiento
- EVT antes de la solicitud de verificación de la eliminación

Hubo un cambio en la agenda y en lugar de discutir cómo seguir el control de las HTS cuando se interrumpe la transmisión de FL, se dio prioridad a presentar los planes 2013-2020 que los países esbozaron durante el trabajo en grupo.

Dra. Catalá: Explica en qué consiste el trabajo en grupo. La idea es que, de acuerdo con la metodología de EVT explicada, se haga un ejercicio de plan de acción para realizar EVT en el período 2013-2020 en los países endémicos de FL que están aplicando la AMM.

El ejercicio consistía en establecer por región los siguientes puntos:

- ✓ la unidad de implementación
- ✓ la unidad de evaluación
- ✓ las evaluaciones previas
- ✓ el cronograma para las evaluaciones futuras por año.

Los países se comprometieron a enviar la programación, una vez regresaran a sus respectivos países.

Día 2 (11 de junio de 2013)

TEMA 4: Socios y colaboradores: perspectivas de la interrupción de la transmisión. Preside: Dra. Linda S. Lloyd

IMA World Health

Dr. Abdel Nasser Direny

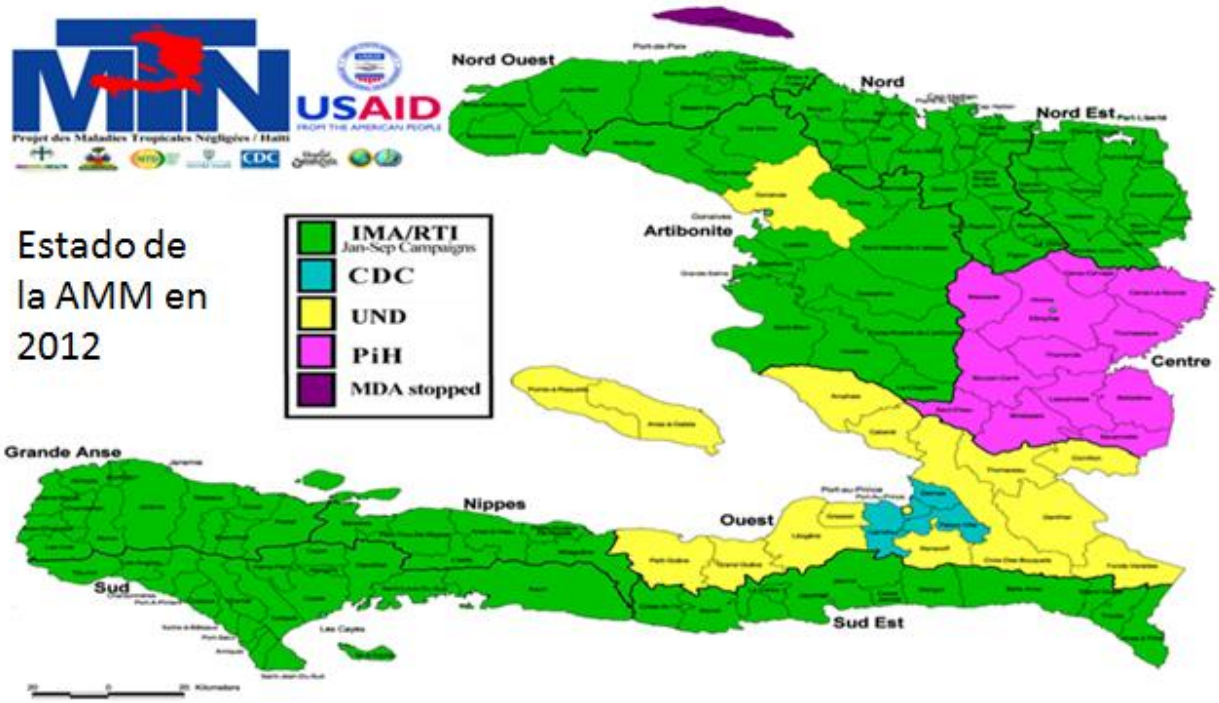
En el marco del programa de EID en Haití, IMA World Health trabaja en coordinación y colaboración con varios socios (figura 15). Las acciones específicas de cada uno de los actores del programa de EID son:

- ✓ Ministerio de Salud Pública y Población: planificación, supervisión y coordinación
- ✓ IMA World Health: aplicación de la AMM, monitoreo y evaluación
- ✓ USAID/RTI: apoyo financiero a todas la actividades del proyecto
- ✓ Envision: AMM, monitoreo y evaluación; compra de DEC y pruebas de ICT
- ✓ Universidad de Notre Dame: AMM, monitoreo y evaluación, y manejo de la enfermedad
- ✓ FBMG: apoyo financiero de las actividades de la Universidad de Notre Dame
- ✓ Hospital Sacré Coeur: investigación y manejo de la enfermedad
- ✓ CDC: AMM, monitoreo y evaluación, y apoyo técnico y financiero
- ✓ CBM: manejo de la enfermedad
- ✓ Partners in Health: apoyo a la AMM en el área Plateau Central
- ✓ OPS: facilitación del proceso de donación de ALB de GSK y apoyo técnico y financiero para la capacitación.

- Las acciones de coordinación y colaboración de los socios que trabajan en EID en Haití son las siguiente:

- ✓ desarrollo de un protocolo unificado con los socios en 2008 (reajustado en 2009 para evitar duplicidades)
- ✓ ajuste de la agenda con el Ministerio de Salud Pública y Población y el Ministerio de Educación
- ✓ seguimiento de las directrices de la OMS
- ✓ reuniones bianuales con los socios.

FIGURA 15. Enfermedades infecciosas desatendidas, socios en Haití



CDC: Center for Desease Control and Prevention; UND: Universidad de Notre Dame; PiH: Partner in Health, AMM: administración masiva de medicamentos.

- Las actividades de IMA World Health que se están realizando a nivel nacional son las siguientes:
  - ✓ AMM en 8 de los 10 departamentos, con tratamiento a 4,8 millones de personas al año
  - ✓ distribución anual de cientos de miles de zapatos (*Toms shoes*) a los escolares, para reducir las infecciones por HTS
  - ✓ uso de la plataforma de AMM para otras necesidades de atención primaria de salud (paquetes de higiene y filtros de agua, en beneficio de los estudiantes)
  - ✓ distribución de cajas de medicamentos y suministros médicos a los hospitales departamentales
  - ✓ en el futuro: distribución de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración (control vectorial).

Preguntas y comentarios

Dr. Chadee: Quiero felicitarlos y resaltar el importante trabajo que han hecho en Haití y mencionar la buena colaboración entre las partes. Entiendo que más de 17 mil comunidades de trabajadores participan en la distribución anual de medicinas. Es un gran logro organizar a tantas personas en un país, como lo es lograr tener un gran número de voluntarios y entrenarlos en la distribución de medicamentos.

Departamento de Control de ETD, OMS

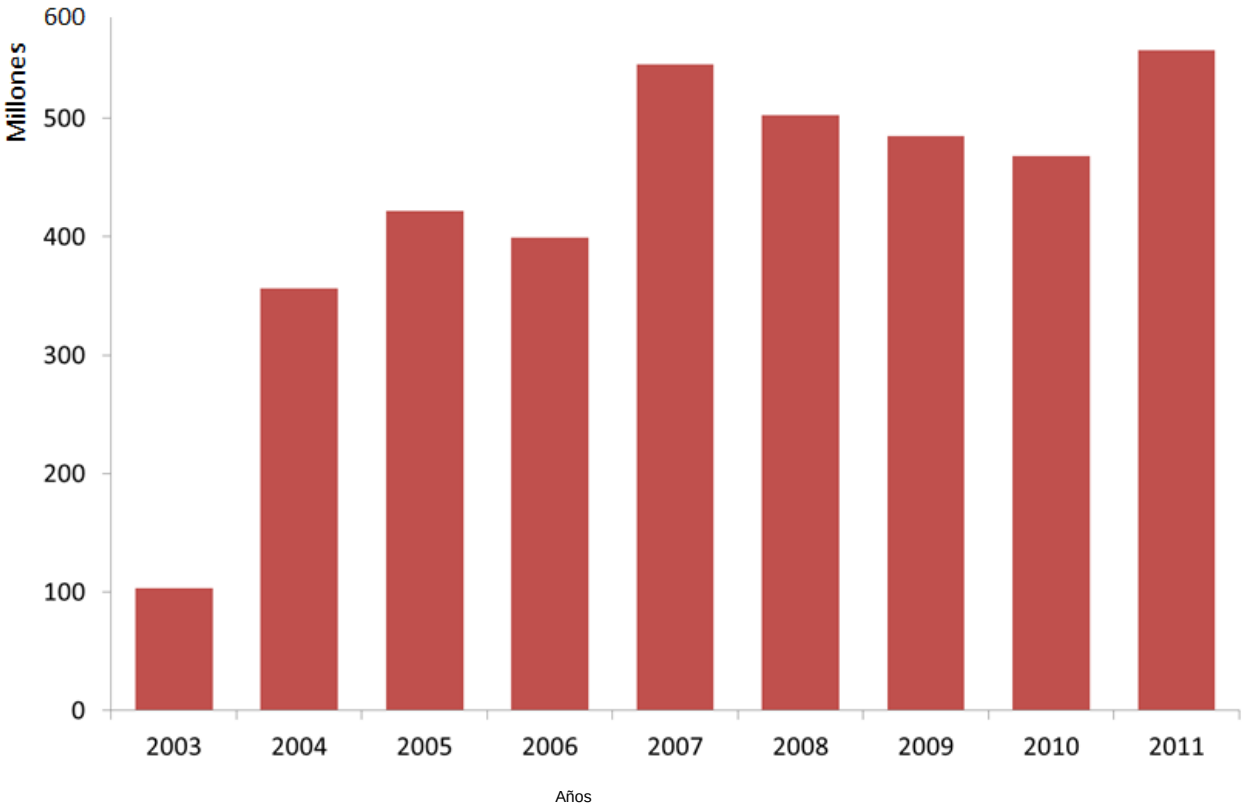
Dra. Kazuyo Ichimori

- En la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1997, los países miembros de la OMS resolvieron eliminar la FL como problema de salud pública (resolución WHA 50.29, ya citada). En 2000, se presentó el Programa Global para la Eliminación de la FL (ya citado) con el objetivo general de eliminar la FL a nivel mundial para el año 2020 y los objetivos específicos de interrumpir la transmisión de la FL mediante la AMM y reducir el sufrimiento causado por la enfermedad, mediante el manejo apropiado de la enfermedad y la prevención de la discapacidad.

- Según ese programa, el objetivo de la AMM es interrumpir la transmisión, es decir, que la prevalencia de la infección por *W. bancrofti* y *Brugia* spp debe estar por debajo de los umbrales en los que ya no es posible la continuidad de la transmisión en todas las zonas endémicas y en todos los países. El indicador a utilizar es la prevalencia, según la definición de las distintas especies/vector en los EVT.

- Los avances del Programa Global para la Eliminación de la FL son los siguientes (figura 16):
  - ✓ en 2011, en 53 países se había aplicado la AMM
  - ✓ en el bienio 2010-2011, se trató a 952 millones de personas
  - ✓ 12 países se encuentran en vigilancia posterior a la AMM
  - ✓ 27 países tienen actividades de manejo de la enfermedad.

FIGURA 16. Avances en la administración masiva de medicamentos (AMM), 2003-2011



- Los cambios que se han producido con respecto a la AMM son los siguientes:

1. mapeo y escala de la AMM

   - en los países coendémicos: coordinación entre los servicios de quimioterapia preventiva y control integrado de vectores, y el grupo científico

2. los PNELF planean pasar de la AMM a los EVT

   - puesta en marcha de los EVT con pruebas de ICT

3. vigilancia posterior a la AMM

   - con nuevas herramientas (antigenemia, xenomonitoreo), ya sea por primera vez o para la verificación de los criterios y el proceso

   - el GRP y el Grupo Consultivo Estratégico y Técnico, subgrupo de trabajo para la reunión de junio 2013

4. manejo de la enfermedad y prevención de la discapacidad

   - cobertura geográfica de 100 % y vinculación con los servicios de salud clínicos

   - documentos rectores de la OMS y nuevo manual para el manejo de la enfermedad y la prevención de la discapacidad (reunión del 17 al 19 de abril de 2013)

Centro de Apoyo, División de Enfermedades Parasitarias, Malaria y Filariasis, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, de los Estados Unidos

Dra. Kimberly Won

- Tenemos mucha información acerca de este tema, pero como hay poco tiempo se pide a los participantes que si tienen alguna pregunta o necesitan alguna información adicional lo soliciten y se les entregará al final de la jornada.
- Se trabajó con la OMS para desarrollar programas de capacitación para los EVT. Los talleres acordados son los siguientes:
  - ✓ WPRO: 9 países (mayo de 2012)
  - ✓ SEARO: 9 países (julio de 2012)
  - ✓ WPRO (PacELF): 11 países (julio de 2012)
  - ✓ AMRO: 2 países
    - Haití (4-7 de junio de 2013)
    - República Dominicana (13-14 de junio de 2013)
  - ✓ AFRO (anglófona): 8 países (julio de 2013)
  - ✓ AFRO (francófona): 9 países (septiembre de 2013)
- La puesta en marcha de los EVT se está desarrollando de la siguiente manera:
  - ✓ realización del EVT en Samoa Americana y La Tortue, Haití.
  - ✓ apoyo técnico y formación en Egipto, Filipinas, Ghana, Malasia y la República Dominicana
  - ✓ Desarrollo del protocolo y puesta en práctica de la metodología para EVT+HTS.
- Hay algunas recomendaciones actualizadas de la OMS, entre ellas:
  - ✓ Las encuestas periódicas (EVT) se deben repetir dos veces (con un intervalo de 2-3 años).
  - ✓ La vigilancia debe ser continua (por ejemplo, en pacientes hospitalizados y donantes de sangre, entre otros).
  - ✓ Se debe tratar de proporcionar vigilancia permanente en las siguientes áreas:
    - vigilancia
    - grupos de población
    - tamaño de la muestra
    - pruebas de diagnóstico.

- La herramienta de diagnóstico utilizada es la técnica de ELISA, que tiene un marcador de la transmisión y su sensibilidad y especificidad son igualmente altas. Las diferencias y similitudes entre la técnica de ELISA y Luminex se presentan en el cuadro 9.

CUADRO 9. Características de las pruebas de detección por ELISA y Luminiex

ELISA	Luminex Multiplex
• Formato de 96 pocillos • 1 antígeno / 1 punto de datos / pocillo • Sensibilidad: buena	• Formato de 96 pocillos • Hasta 100 antígenos / 100 puntos de datos / pocillo • Sensibilidad: buena • Ahorro en mano de obra, reactivos, muestras y costos

- La OMS tiene varios grupos de trabajo en los que participan los CDC:
  - ✓ Grupo Técnico Asesor sobre ETD, con Marcos Eberhard
  - ✓ Grupo de Seguimiento y Evaluación de Quimioterapia Preventiva, con Pat-Lammie
  - ✓ Grupo para el Fortalecimiento de la Capacidad de Control de ETD, con Kimberly Won.

Subvenciones de investigaciones operativas para FL

- Las buenas noticias son: más de 800 millones de personas reciben quimioterapia preventiva para las EID cada año; USAID continuará aumentando el número de países atendidos; y tras la declaración de Londres, las donaciones de medicamentos han aumentado (mebendazol: J & J pasó de 50 a 200 millones de dosis por año; ALB: GSK cubrirá a todos los niños en edad escolar en África subsahariana y pasó de 400 millones de dosis a una entrega adicional de 600 millones; praziquantel: Merck KGaA pasó de 25 millones a 250 millones de dosis por año; y DEC: Eisai entregará 2 000 millones de tabletas).

- Entre los desafíos que todavía se tienen están: algunos países todavía tienen poco o ningún apoyo para poner en marcha los programas de EID y los problemas técnicos impiden que los países amplíen la escala de AMM.

- Para cerrar las brechas que todavía existen y para garantizar el éxito del control de las EID mediante un enfoque de colaboración, se sugiere: involucrar a la comunidad en el control y la eliminación de las EID, a fin de que se concilien las prioridades entre el

programa nacional de EID y el grupo asesor; trabajar en estrecha colaboración con la OMS para construir la base de datos científicos verificados; respaldar la toma de decisiones programáticas; y conciliar la agenda y los espacios.

- Los temas que se plantean de manera transversal son los siguientes: los enfoques pueden informar sobre el diseño de la investigación y la toma de decisiones programáticas; la mejora de los diagnósticos son críticamente necesarios para apoyar las decisiones de los programas; nuestros esfuerzos se centran en la aplicación en la prácticas de las nuevas herramientas; y los programas deben hacer un mejor uso de los nuevos métodos electrónicos de captura.

- Todavía hay incertidumbre sobre cómo debe ser el control óptimo de las HTS y, aunque el programa de eliminación de la FL es más grande que el de las HTS, no recoge sistemáticamente datos sobre las HTS. En los países se necesita orientación sobre cómo se debe integrar el programa de eliminación de la FL con los de control de las HTS. ¿Cómo se va a abordar este problema? Los modelos de simulación (a partir de datos existentes) pueden utilizarse para probar estrategias de muestreo (por ejemplo, con respecto a los grupos de edad y el número de muestras, entre otros). Por su parte, los estudios de campo ofrecen la oportunidad de validar nuevos instrumentos de diagnóstico de las HTS (PCR y otras opciones) y para recopilar datos de referencia. La mayoría de los países utilizan por defecto el tratamiento basado en la escuela, pero también hay que saber si las poblaciones no seleccionadas podrían experimentar un aumento en la morbilidad por HTS tras la AMM para la FL, mediante un cuidadoso control de esas poblaciones.

Universidad de West Indies

Dr. Dave Chadee

- La política de investigación de la UWI se fundamenta en la responsabilidad de llevar a cabo investigaciones pertinentes que respondan a las necesidades de la sociedad y la seguridad de que los resultados tengan un efecto positivo en el bienestar, los derechos y el trato de la comunidad, sin olvidar a la sociedad en general, las generaciones futuras y la biosfera. Por tanto, mi laboratorio recibió apoyo financiero para desarrollar estrategias novedosas de control.

- La situación en las Américas (incluido el Caribe) es la siguiente:
  - ✓ Hasta diciembre de 2013, más de 1,5 millones de casos de dengue se han informado a la OPS.
  - ✓ En esa cifra se incluyen 16 000 casos de dengue hemorrágico o síndrome de choque por dengue.
  - ✓ Varios países de la región informaron una elevada incidencia, entre ellos Aruba, Bahamas, Bolivia, Brasil, Paraguay y Trinidad y Tobago.

- La situación de la FL es la siguiente:

- ✓ Actualmente, solo hay transmisión activa en cuatro países de las Américas: Brasil, Guyana, Haití y la República Dominicana.
- ✓ A finales de 2009, casi 5 millones de personas de las Américas han recibido AMM.

- Los vectores son dinámicos y modifican su comportamiento debido a factores ambientales y antropogénicos, pero ¿cuáles son estos factores? Se debe favorecer el enfoque de control integrado de vectores junto con la AMM. Las estrategias de control vectorial no tendrán éxito a menos que se entienda completamente la biología y la ecología de los vectores.
- Los proyectos que se están ejecutando actualmente son los siguientes:
  - ✓ Papel de los vectores en los servicios de los ecosistemas, financiado por la Unión Europea (ACP-UE)
  - ✓ Control de insectos estériles para el *A. aegypti* y *C. quinquefasciatus,* financiado por el Organismo Internacional de Energía Atómica
  - ✓ Enfermedades transmitidas por el agua en Barbados, Granada y Trinidad y Tobago, financiado por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo Internacional (IDRC)
  - ✓ Desarrollo de estrategias de control de mosquitos, financiados por la UWI
- Los proyectos finalizados son:
  - ✓ Revisión del control de unicinarias en la región del Caribe, publicado en *Acta Tropical*
  - ✓ Desarrollo y uso de ovitrampas pegajosas dobles para el control y la vigilancia de mosquitos, publicado en *Journal of Ecology Vector*
  - ✓ El uso de mecanismos fisiológicos y de comportamiento para el control de *A. aegypti* y *C. quinquefasciatus* en Trinidad (en prensa)
  - ✓ Mapa mejorado del genoma para *Culex pipiens*. *Journal of Heredity* (en prensa)
- Los cursos que estamos ofertando son los siguientes:
  - ✓ Avances en biología y control de vectores, agosto de 2014
  - ✓ Maestrías y doctorados en biología ambiental, zoología y microbiología, entre otros
  - ✓ Nuevas técnicas de diagnóstico de laboratorio de las enfermedades transmitidas por vectores, agosto de 2015

A los estudiantes de las Américas se les invita a que envíen sus solicitudes para estudiar o trabajar en las universidades de Costa Rica, Puerto Rico, Oxford, Cambridge, los CDC, CARFA (Carribean Regional Association), el Organismo Internacional de Energía Atómica u otras entidades que ofrecen o subvencionan cursos de formación.

Discusión del tema 4

Dra. Lloyd: Es muy interesante ver no solamente lo que los socios están ofreciendo, sino también el interés que ellos tienen en apoyarnos. Entonces, abrimos el debate sobre las ideas de colaboración presentadas. Pienso que fue muy buena la presentación de Haití, donde se muestra la colaboración entre numerosos socios y aliados.

Dr. Ault: Me gustaría resaltar que se está planificando realizar un entrenamiento para EVT en Brasil en 2014 y en Guyana probablemente en 2015. También creo que cada país debe informar sobre cómo los socios y los aliados debemos apoyarlos para eliminar la FL.

Dra. Lloyd: Creo el espíritu de colaboración requiere mucha comunicación de cada una de las partes dentro de las regiones, así que considero que la OPS debe estar al tanto de ello.

Dr. Chadee: Como pueden ver, hay muchas oportunidades de investigación y entrenamiento y nosotros, como investigadores, podemos colaborar en su realización.

TEMA 5: Actualización sobre la vigilancia de la FL en áreas con migración haitiana y retos de la inmigración interna en Haití. Preside: Dr. Santiago Nicholls

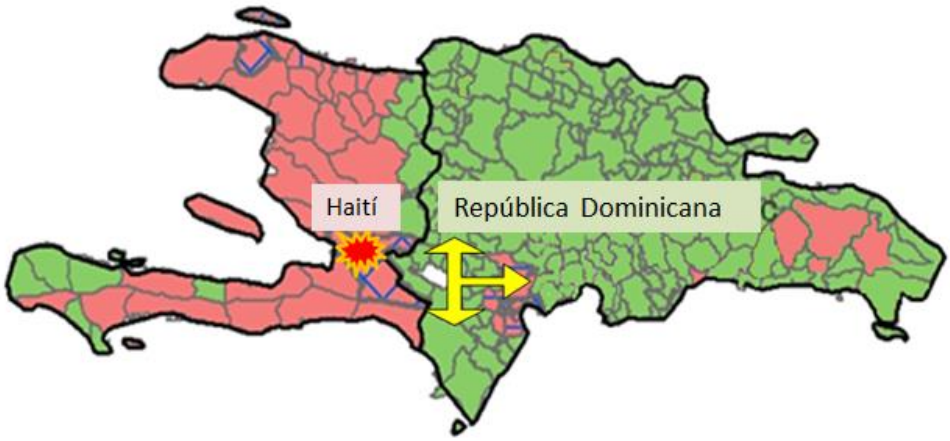
Experiencia de la República Dominicana

Dr. Manuel González

- Después del terremoto en Haití en enero de 2010, se generaron situaciones que lograron mejorar los efectos adversos del terremoto, como la colaboración que se dio entre ese país y la República Dominicana, dejando atrás los efectos perjudiciales que esta situación trajo a ambos países. Por encima de prejuicios históricos entre ambas naciones, nuestra área técnica de epidemiología se preguntó qué podrían representar los movimientos migratorios entre ambos países a raíz del terremoto en términos de la redistribución de la transmisión de la FL en la República Dominicana.

- En la República Dominicana no se han hecho estudios sobre los desplazamiento internos que generó el terremoto, pero en este estudio vemos que para febrero se habían desplazado casi 2 millones de personas en Haití —1,3 millones de personas, que se asentaron en lugares bastantes precarios del sur y el resto se asentó en el norte—; se estima que la mayor migración posible hacia la República Dominicana fue hacia el sur del país (zonas aledañas a Haití), donde está el foco suroeste de filariasis y donde ya se había suspendido la AMM y se había realizado un EVT (figura 17).

FIGURA 17. Migración haitiana hacia la República Dominicana después del terremoto en Haití, 2010



- Cuando se confirmó que las zonas donde existían fuentes de trabajo estaban sobre todo en la región del este del país, la migración se extendió de manera dispersa; esto hizo pensar que había zonas en las que existía la posibilidad de que se arraigara el problema de la FL. Con ayuda de la OPS, se eliminaron las dudas sobre algunas zonas donde se creía que había transmisión de FL.

- El estudio en la República Dominicana se hizo con cerca de 3 460 personas, distribuidas en 9 provincias del país, aunque de manera no homogénea. Las provincias se eligieron por el criterio de que existiera una alta trasmisión de malaria y que fueran el destino de la migración haitiana. Se debe resaltar que, mediante la exploración con EVT, solo se encontraron 4 infectados (investigación en niños). En el foco del suroeste, se buscó un posible sitio centinela y se encontraron 17 casos en adultos. Los dos elementos más importantes fueron que con este estudio se descartaron provincias en las que se creía que había personas con FL y se comprobó que con la metodología de los EVT no se pudieron encontrar adultos enfermos antes de que ellos pudieran generar transmisión, pues las personas que estaban allí se trasladaron a otro lugar.

- Hubo otro EVT en la zona del sur del país y se encontraron con la situación de que existían niños positivos (3 extranjeros, que no se consideran como transmisión dentro del foco).

- Entre los retos internos está desarrollar el Sistema Nacional de Vigilancia de la FL y el rescate del control de los vectores de FL y su componente ambiental. Los retos externos son: consolidar el compromiso binacional con Haití para eliminar la FL y otras EID, y definir un mecanismo permanente y los medios para la coordinación y la comunicación entre ambos países.

Experiencia de Brasil

Dra. Karina Fiorillo

- Fue breve porque no hubo cambios sustanciales desde la última reunión del año pasado en Brasil. Después del terremoto de 2010, el Ministerio de Salud firmó un acuerdo tripartito entre Brasil, Cuba y Haití para la reestructuración y el fortalecimiento del sistema de salud y la vigilancia epidemiológica en Haití. La Resolución Normativa 27 de la Secretaría Nacional de Justicia (SNJ) autorizó la estancia de los extranjeros en Brasil, por una cuestión humanitaria. Además de los haitianos, la política se aplicó a los angolanos entre 1991 y 1992, los iraníes en 1986 y los colombianos entre 2008 y 2009.

- Brasil y Haití se encuentran entre los países que ingresaron en el programa propuesto por la OMS en 1997 para la eliminación de la filariasis linfática como problema de salud pública en el año 2020. Esto, por dos razones principales: prevenir la aparición de nuevos casos (vigilancia), con especial atención en las áreas de inmigración, y el control de la morbilidad por filariasis.

- Recientemente la Universidad de Notre Dame manifestó su interés en recibir asistencia técnica para reforzar el manejo de la FL en Leogane. Se presentó un portafolio preparado por el Centro de Investigación Aggeu Magalhães, de FIOCRUZ, con una propuesta de la formación que debe proporcionarse en esta cooperación técnica.

- En estos momentos se mantiene una vigilancia de alta sensibilidad para la detección y el tratamiento oportuno de los casos de FL, además de evitar la migración de los casos originados en otros países y otras zonas de Brasil.

Experiencia de Haití frente a la migración interna, perspectiva de las ONG

IMA World Health

Dr. Abdel Nasser Direny

- Se disculpó por no traer una presentación formal, pero al igual que Brasil, la situación no ha variado de lo expuesto el año pasado. En Haití, después del terremoto, hay muchas personas que migran de las zonas rurales a Puerto Príncipe; se han contabilizado aproximadamente 3 millones de personas en esta situación. Tenían planificado acciones en estas áreas, pero después del terremoto —y como consecuencia de la migración que se está dando a nivel interno y el aumento del número de personas que necesitan tratamiento— se solicitó un aumento del presupuesto; sin embargo, este no es el único programa con el cual enfrentamos este problema. En 2013, producto de la migración, la cobertura era de 60-65 % y no se tienen suficientes fondos para lograr la cobertura total.

- La situación de las migraciones se atendió a nivel ministerial, pero los fondos son limitados; estos son los datos presentados por el gobierno, ya que en Haití, por mandato, se tienen que utilizar los datos proporcionados por el gobierno, aunque no sean del todo reales. Invitamos a nuestros compañeros de otros países a seguir atendiendo a nuestros compatriotas haitianos y esperamos que cuando lleguen a sus países no tengan esta enfermedad.

Guyana: perspectiva para el desarrollo de la vigilancia trinacional (Guyana, Suriname y Trinidad y Tobago)

Dr. Rogan Sagar

- El Ministerio de Salud de Guyana, basado en la experiencia alcanzada en la cooperación técnica dentro del programa de malaria en población migrante, ha estado evaluando la posibilidad de emprender una acción similar con Suriname y Trinidad y Tobago, a fin de elaborar una estrategia conjunta y establecer actividades comunes para los tres países; se están evaluando las acciones que se podrían combinar.

Dr. Steven Ault

- Desde hace algún tiempo, en algunas reuniones se está viendo la posibilidad de establecer un acuerdo de cooperación técnica entre Guyana, Suriname y Trinidad y Tobago. Esto no ha sido posible, porque en esas reuniones no participaban representantes de los tres países. Sin embargo, la oficina del Director de la OPS tiene una herramienta, denominada acuerdo de cooperación entre países, mediante el cual, esa oficina proporciona fondos con el apoyo de los Ministerios. Se identificaron herramientas para desarrollar este plan, así que exhorto a los gestores de programas a avanzar en esta línea de trabajo.

Discusión del tema 5

Dr. Moya: Hizo un comentario acerca de la migración haitiana hacia la República Dominicana. La migración haitiana a la República Dominicana es un tema histórico, pero siempre se ha considerado que el número de haitianos que residen en la República Dominicana es de 1 a 1,5 millones, si bien esos valores fluctúan en función de la fuente. Hace un mes, la Oficina Nacional de Estadísticas publicó que la población oficial es de aproximadamente 700 mil (500 nacidos en Haití y 200 nacidos en la República Dominicana de padres haitianos). Ese mismo estudio identifica el trabajo y resalta que una gran parte de la población haitiana se encuentra en zonas rurales, mientras los que están en las zonas urbanas se dedican básicamente a la construcción o al comercio informal. Por la tanto, la migración haitiana a la República Dominicana es sobre todo de hombres y mujeres en edad productiva; aunque ciertamente existe la hipótesis de que esa cantidad varió después del terremoto. Otra característica de esa población es que se mueve permanente y esto configura diferentes situaciones de salud que, afortunadamente, se están enfrentando de manera coordinada. Quiero preguntar si en Haití se está ofreciendo tratamiento masivo y qué garantía tenemos de que la población haitiana que está en la República Dominicana pueda tener acceso a ese tratamiento masivo. La vigilancia es perfecta, porque si tenemos una persona positiva se le puede dar el tratamiento, pero como es un movimiento permanente de personas de uno a otro lado, puede ser que alguno se quede sin recibir el tratamiento. Respecto a la presentación de Brasil, es cierto que la población haitiana entra por Ecuador (ya que este no le exige visa) y van por todo el sur de Perú y se quedan en el estado de Acre. Existe una colonia de más o menos 300 personas que residen en una zona amazónica y creo que vale la pena alertar a nuestros colegas de la Oficina. Creo que el tema de la migración es importante y se deben tener en cuenta los valores culturales y apoyar a esta población, que por su condición de migrantes está en una posición de mayor vulnerabilidad. Quisiera señalar que en la República Dominicana se atiende a esta población a través del sistema de salud, sin ninguna distinción, aunque obviamente con dificultades, ya que el idioma y otros elementos culturales pueden dificultar la atención.

Dr. Ault: Gracias, Dr. Moya. Quiero reiterar varios puntos: con la extensa cobertura que se ha dado a la población haitiana desde 2008 hasta la actualidad existe siempre la posibilidad de que se les haya tratado. Tuve la satisfacción de ver la manera en la

que en Brasil se está controlando y atendiendo la FL en la población haitiana, y se mantiene una vigilancia pasiva que no genera exclusión. Quiero invitar a la Dra. Ichimori para que nos dé su opinión sobre cómo ellos manejaron el tema de la migración y la FL en países fronterizos.

Dra. Ichimori: Gracias. La situación del Pacífico es muy parecida a la que ustedes plantean aquí: nosotros nos reuníamos para compartir información y tratar esta enfermedad; tienen que tratar de hacer un acuerdo, no necesariamente oficial, pero que les ayude a compartir información sobre la situación de los inmigrantes en cada uno de sus países.

Dr. Nicholls: Recuerdo que el año pasado, en la discusión que tuvimos sobre este tema en Brasil, veíamos cuál es el riesgo de que se establezca la transmisión por los inmigrantes haitianos o de cualquier otro país endémico que lleguen a alguna ciudad de Brasil o de cualquier otro país donde no existe esta enfermedad. No lo sabemos, pero eso no quiere decir que no tomemos alguna medida de vigilancia para prevenir esto.

Se proyectó el video *Tackling big foot*, patrocinado por el BID (duración aproximada: 7 min).

TEMA 6: Cuestiones del manejo de la enfermedad. Discusión de los países y los asociados, y recomendaciones. Preside: Dr. Steven Ault

- Necesidad de desarrollar un componente específico sobre el manejo de la enfermedad en los países endémicos, según las directrices de la OMS
- Necesidad de identificar a una persona a cargo del manejo de la enfermedad a nivel nacional en los países endémicos (para linfoedema e hidrocele)

Dr. Ault: Pienso que todos ustedes vieron el video que se presentó durante la pausa para el café. Lo mostrado en el video es una historia fuera de lo común en nuestra Región. Quizás en Costa Rica haya algunos casos residuales. Por lo general, las personas mayores que tienen linfoedema necesitan dos tipos de cuidados: atención diaria y atención periódica de personal de enfermería, que den seguimiento y hagan lo posible para reducir los efectos negativos del linfoedema; hay casos residuales de personas que necesitan intervenciones quirúrgicas.

Dr. Sagar: En Guyana, las enfermeras de las regiones son las encargadas de atender a las personas con problemas como consecuencia de la FL. En cada región, hay una enfermera encargada, no solo de dar el tratamiento, sino también de recoger los datos epidemiológicos y entregarlos a la oficina que atiende este programa; la otra parte es que se trata de involucrar a las familias y a las comunidades, pero esto se dificulta por la estigmatización hacia estos pacientes en la comunidad y a veces hasta en las mismas familias. Es frecuente que eviten y rehúyan convivir con las personas con elefantiasis o linfoedema. Esto es básicamente lo que puedo comentar de Guyana: es una enfermera a nivel regional la que coordina las acciones de curación y capacitación, para darle seguimiento al paciente en su hogar.

Dr. Ault: Gracias. ¿Puede usted refrescarme la memoria e indicarme si es la enfermera John la encargada de la región IV y la persona que usted está indicando como encargada de coordinar este programa?

Dr. Sagar: Sí, la señora John es la encargada de la región IV, pero también es la encargada de coordinar las acciones de las dos primeras a nivel regional.

Dr. Ault: En ese caso, ustedes cuentan con una persona que tiene la responsabilidad de coordinar a nivel nacional con las demás enfermeras. Sé por mi conversación con la enfermera John que uno de los problemas crónicos que ella enfrenta es la falta de transporte para llegar a sus pacientes. Y por eso es que quiero proponer en este contexto de análisis de este problema en particular, que debemos dirigirnos a los diferentes organismos para que ayuden a los ciudadanos con este problema. Este problema del transporte es probablemente común con otros países, como Haití y la República Dominicana.

Dr. Menezes: De manera general, son pocos los casos registrados de morbilidad por FL en la región metropolitana de Pernambuco. El sistema de salud brasileño en el estado de Pernambuco esta descentralizado, y FIOCRUZ los organiza en cada municipio para asistir al paciente. Hace algún tiempo, los enfermos con FL, elefantiasis, linfoedema, hidrocele y otras manifestaciones clínicas se trataban por el sistema ambulatorio de referencia. Este sistema no tenía capacidad para atender la demanda de toda la región metropolitana (estoy hablando de un tiempo atrás), pero ahora, repito, han disminuido bastante esos casos.

Dra. Méndez: Desde su inicio, el programa de FL en la República Dominicana ha tenido la iniciativa de hacer un censo de la situación de las personas con linfoedema e hidrocele. A estos pacientes se les da apoyo psicológico y se les ayuda en el mantenimiento y cuidado de sus extremidades. Se ha incluido a los familiares de estos pacientes en el apoyo al tratamiento y se cuenta con el respaldo del Instituto Dermatológico de la Piel para referir a los casos más agudos y se les dé la atención necesaria. En este sentido, nuestra fortaleza está en el apoyo que reciben los pacientes de sus familiares, ya que les ayuda a mantener la higiene y en la realización de los ejercicios para las extremidades; una debilidad nuestra es que no tenemos un programa con financiamiento para apoyar a las personas con escasos recursos (medicamentos, calzado, traslado, etc.). Sin embargo, se ha logrado visitar periódicamente a estos pacientes y se ha comprobado que ninguno ha empeorado su estado su salud.

Dr. González: La Dra. Méndez es la encargada del manejo de la enfermedad en nuestro programa. Debo aclarar que sí hacemos censo; pero, como dije ayer, esto es solo en las áreas en las que hemos intervenido (el foco del suroeste y el foco de La Ciénaga); no tenemos un censo de morbilidad en el país. La ayuda en el caso del Instituto Dermatológico de la Piel es del Dr. Polibio Batista, en Barahona, y del Dr. Víctor Pou, en la capital. Con relación a las deficiencias, tenemos problemas con el financiamiento de los medicamentos; el Instituto ofrece algunas prestaciones de este tipo, pero nos reclama que si bien puede atender estos casos de crisis, no puede apoyar a todos los pacientes. Es importante señalar que en la República Dominicana se hizo un estudio (por Robert Pearson) sobre la discriminación de estos enfermos y se encontró que no son discriminados, aunque sí se auto discriminan, más porque se sienten mal por su enfermedad que por lo que le hace el entorno social. La comunidad solo discrimina a los pacientes que tienen mal olor, pero esto solo ocurre en las personas que presentan del grado 5 de la enfermedad en adelante; afortunadamente estos son pocos (no más de 3), de manera que la estigmatización de estos pacientes no es un problema constante para nosotros.

Dr. Oscar: En Haití, la enfermedad se atiende solamente en el hospital Maly. Este año, hemos propuesto métodos de transporte a lo largo de todo el país. Tenemos planificada una cooperación con la Universidad de Notre Dame y el Ministerio de Salud de Brasil, y una delegación de esa universidad irá a Haití en los próximos meses para formar personal en el manejo de la enfermedad. Mientras, hemos estado realizando

investigaciones de esta enfermedad valiéndonos de un banco de voluntarios que tenemos en el país.

TEMA 7: Control y control integrado de vectores. Preside: Dra. Laura Catalá

Control de vectores aplicado a programas para la FL y las ETD: actualización de las nuevas tecnologías y su uso en el terreno

Dr. Dave Chadee

- La situación de la FL es la siguiente:
  - ✓ En los primeros 9 años del Programa Global para la Eliminación de la Filariasis como Problema de Salud Pública, se entregaron 2,8 millones de tratamientos para FL a más de 800 millones de personas en 53 países.
  - ✓ En las Américas, 11,3 millones de personas están en riesgo de adquirir la enfermedad.
  - ✓ Se logró interrumpir la transmisión en Costa Rica, Suriname y Trinidad y Tobago mediante esfuerzos centrados en la salud pública y el tratamiento a las comunidades afectadas.
  - ✓ Actualmente, hay transmisión activa en solo cuatro países de las Américas: Brasil, Guyana, Haití y la República Dominicana (figura 18).
  - ✓ A finales de 2010, cerca de 5,5 millones de personas que viven en las Américas habían recibido AMM.

FIGURA 18. Zonas endémicas con filariasis linfática en Las Américas

- El año pasado, en Brasil se identificó la necesidad de estudiar la biología del vector, es decir, los vectores son dinámicos y modifican su comportamiento por factores ambientales y antropogénicos, y esto hay que estudiarlo. Las estrategias de control vectorial no van a tener éxito a menos que se entienda completamente su biología y ecología. También nos preguntamos si habría que analizar el enfoque de control integrado de vectores junto con la AMM.
- Se ha estudiado el comportamiento (horario) de la picadura del mosquito *C. quinquefasciatus* en diferentes países (cuadro 10).

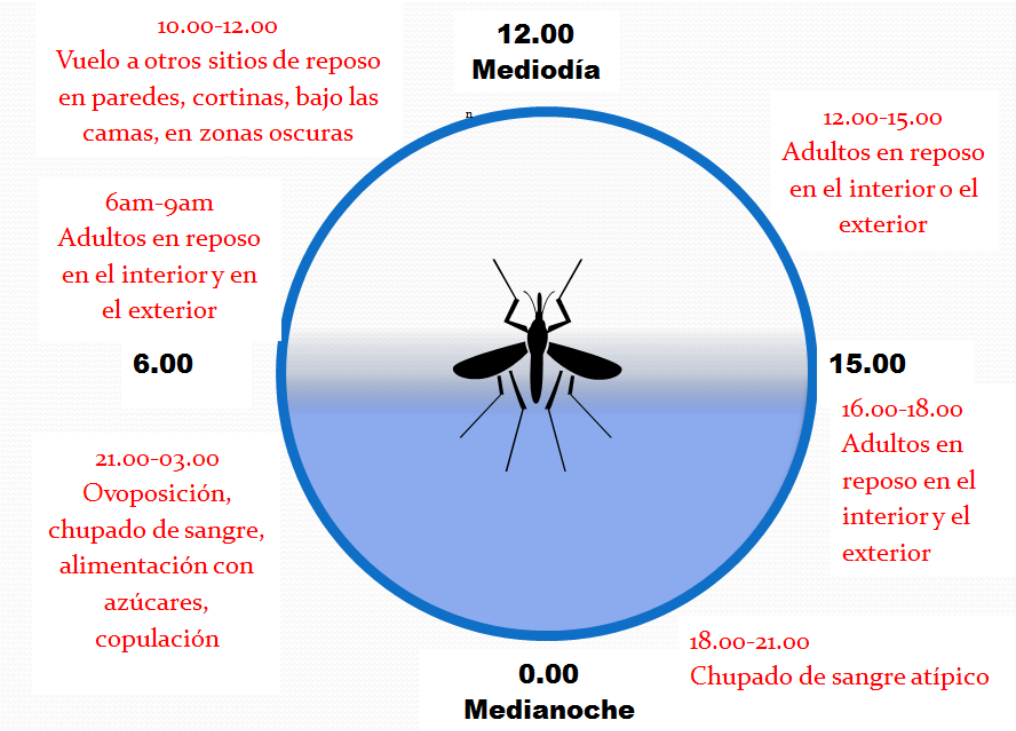
CUADRO 10. Horario de la picadura del mosquito *Culex quinquefasciatus*, según diferentes estudios

Ciudad/país	Horario de las picaduras	Referencias
Trinidad y Tobago	22-03	Nathan, 1981[15]
India	22-23	Gowda y Vijayan, 1993[16]
Bangkok, Tailandia	23-02	Sucharit y col., 1981[17]
Lagos, Nigeria	22-02	Odoula y Awe, 2006[18]
Bangladesh	23-02	Begum y col., 1987[19]

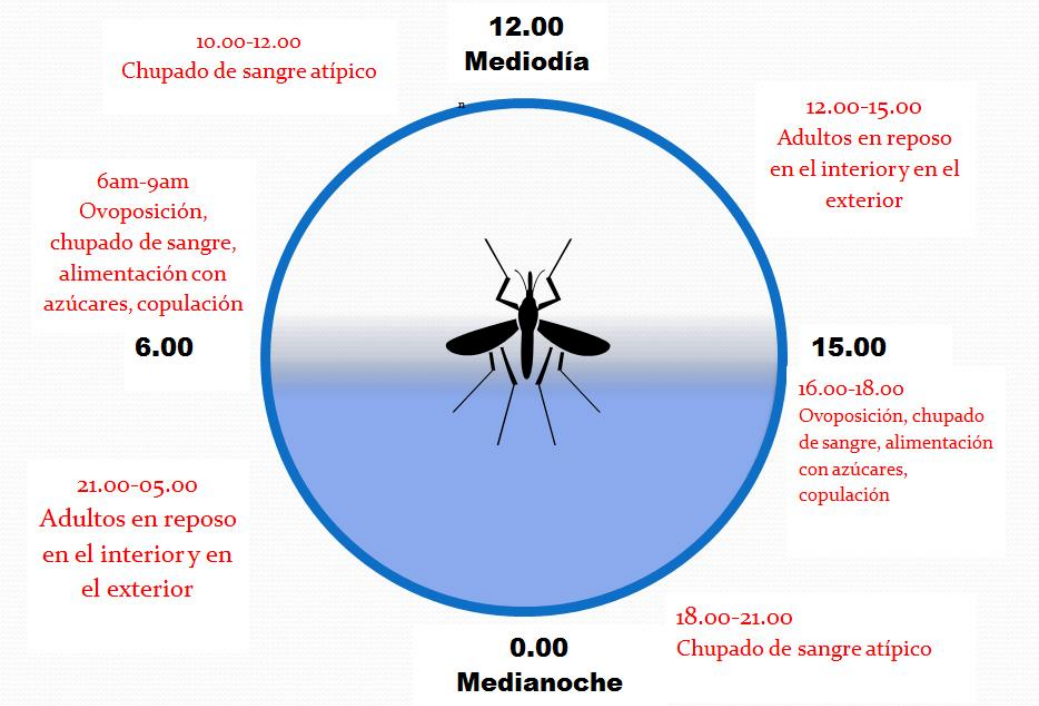
[15] Nathan MB. Bancroftian filariasis in coastal North Trinidad, West Indies: intensity of transmission by Culex quinquefasciatus. Trans R Soc Trop Med Hyg. 1981;75(5):721-30.
[16] Gowda NN, Vijayan VA. Biting density, behavior and age distribution of *Culex quinquefasciatus*, say in Mysore City, India. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 1993 Mar;24(1):152-6.
[17] Sucharit S, Harinasuta C, Surathin K, Deesin T, Vutikes S, Rongsriyam Y. Some aspects on biting cycles of *Culex quinquefasciatus* in Bangkok. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 1981;12(1):74-8.
[18] Oduola AO, Awe OO. Behavioural biting preference of Culex quinquefasciatus in human host in Lagos metropolis Nigeria. J Vector Borne Dis. 2006;43(1):16-20.
[19] Begum MN, Meher-e-Khoda, Ahmed TU. Seasonal prevalence and filarial infection of *Culex quinquefasciatus* in Mirpur, Dhaka (Bangladesh). Bangladesh Research Council; 1987. [Resumen de conferencia. Disponible en: http://agris.fao.org/agris-search/search.do?f=1988%2FBD%2FBD88003.xml%3BBD882516488 Acceso el 14 de enero de 2014].

- La pregunta que aquí nos haríamos sería: ¿cómo controlamos el *C. quinquefasciatus* usando un método antiguo, pero con nuevos conocimientos? Las pruebas para el control efectivo del vector tienen varios requisitos; lo primero es estudiar el comportamiento del mosquito (cuándo se alimenta, lugares de descanso antes y después de su alimentación, horario de ovoposición, lugares de descanso antes y después de la ovoposición, hora de la comida con azúcar, lugares de descanso antes y después de alimentarse con azúcar), y lo segundo es conocer si descansa en interiores, en habitaciones, en la ropa, en las paredes, en áreas libres o en zonas oscuras de la casa, si lo hacen cerca de los sitios de ovoposición, etc. (figura 19)

FIGURA 19. Ritmo circadiano de los mosquitos *Culex quinquefasciatus* y *Aedes aegypti*



Ritmo circadiano *Aedes aegypti*



- Según datos científicos verificados, los reguladores de crecimiento de los insectos indican que los mosquitos solo vuelan de manera individual por una hora y descansan las restantes 23 horas. Los estudios realizados en todo el mundo demuestran que el piriproxifeno tiene un efecto residual largo, aproximadamente de dos meses. En lo que se refiere al control biológico, los mosquitos individuales están activos alrededor de una hora cuando se alimentan con sangre o en los sitios de ovoposición, y estudios realizados en tanques sépticos y sumideros de agua demuestran que existe un control efectivo en estos lugares, con una duración aproximada de 6 a 8 semanas.

- De acuerdo con lo explicado anteriormente sobre el comportamiento de los mosquitos de los géneros *Culex* y *Aedes* y el tiempo en que descansan, se sugiere:

  - ✓ usar mosquiteros
  - ✓ impregnar las cortinas y las paredes con insecticidas
  - ✓ esparcir en los dormitorios, incluidos los muebles y la ropa
  - ✓ pintar las paredes con pintura que contenga insecticidas
  - ✓ colocar aparatos eléctricos de alumbrado a lo largo de las tablas del suelo, debajo de la cama, en las habitaciones, etc.

Control integrado de vectores y control de vectores por el Centro Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles, de la República Dominicana

Dr. Manuel González

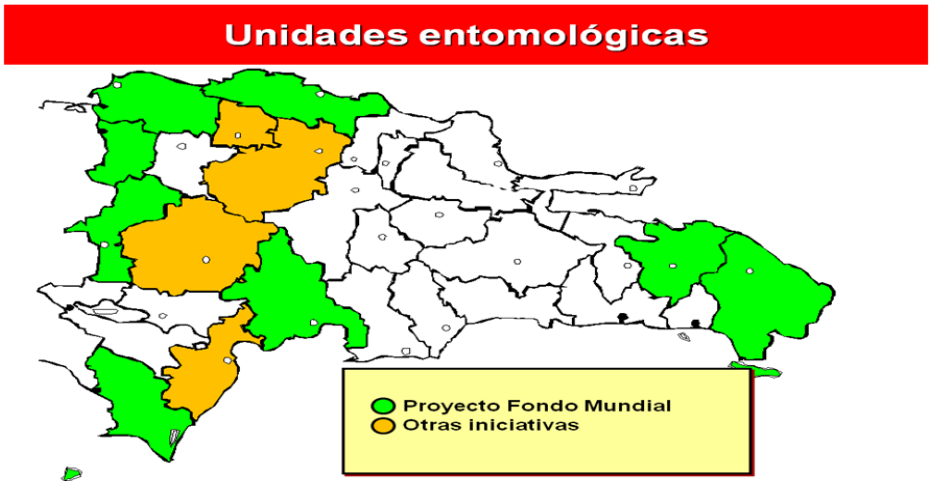
- El programa para el control del vector se empezó a realizar por el programa de malaria, pero el programa de FL se beneficia de estas acciones, ya que en algunas zonas en las que se aplica también trabaja el programa de FL.

- La vigilancia entomológica y el control de vectores se realiza mediante las siguientes iniciativas:

  - ✓ entrenamiento del personal
  - ✓ sistemas de vigilancia entomológica (normas, procedimientos, base de datos, intercambio de información)
  - ✓ dotación de equipos e insumos
  - ✓ realización de pruebas (como pruebas biológicas en paredes, y de eficacia de los mosquiteros y del rociado espacial)
  - ✓ aplicación de sustancias larvicidas
  - ✓ rociado espacial de insecticidas y residual en interiores
  - ✓ adquisición y distribución de mosquiteros (con la realización de encuestas sobre su uso).

- Las unidades entomológicas provinciales están compuesta por un entomólogo y un auxiliar en entomología, dotados de camionetas, motocicletas, equipos e insumos para su trabajo. Tienen apoyo financiero del Fondo Mundial de lucha contra la malaria y, sobre todo, desarrollan la vigilancia entomológica con acciones para el control vectorial (figura 20).

FIGURA 20. Unidades entomológicas de la República Dominicana



• Se han realizado dos cursos, uno avanzado y otro superior, sobre vigilancia entomológica y control de vectores, con el aval de la Universidad Autónoma de Santo Domingo y profesores invitados de la OPS y los CDC, y con el apoyo financiero del Fondo Mundial de lucha contra la malaria.

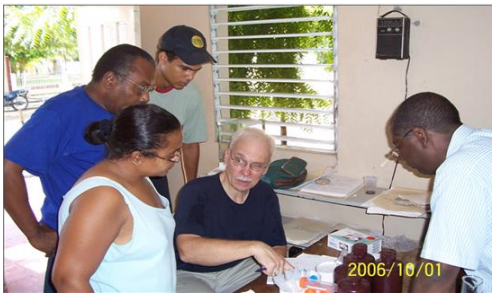
Las actividades relacionadas con el control de vectores en la República Dominicana han sido diversas (figura 21).

FIGURA 21. Algunas de las principales actividades relacionadas con el control de vectores llevadas a cabo en la República Dominicana

Entrega de equipos e insumos y mosquiteros (abajo)

Entrega casa por casa de mosquiteros impregnados con insecticidas e instructivos para su uso (2009); previa a la primera entrega se realizó una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas

Rociado espacial durante los brotes de malaria, mediante la aplicación de neblinas frías de insecticidas con equipos montados en camionetas

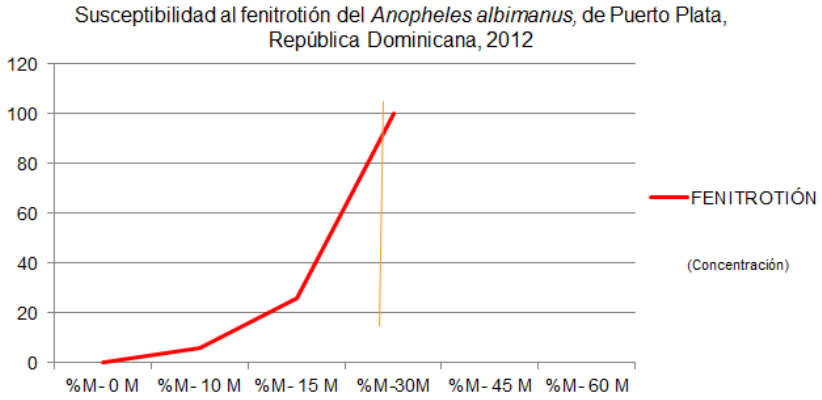


Investigaciones entomológicas

Rociado intradomiciliario con deltametrina en localidades priorizadas por riesgo de malaria; se rociaron más de 30 000 viviendas con un proyecto del Fondo Mundial de lucha contra la malaria

- Para el tratamiento de los criaderos, se usaron larvicidas —fundamentalmente biológicos— y se les está dando seguimiento a los criaderos permanentes y semipermanentes (figura 22).

FIGURA 22. Estudios de susceptibilidad y resistencia a los insecticidas



Insecticidas	Peso (mg) de insecticida de grado técnico requerido por volumen de solución stock (Anopheles).			Peso (mg) de insecticida de grado técnico requerido por volumen de solución stock (Aedes).		
	100 ml	500 ml	1000 ml	100 ml	500 ml	1000 ml
Bendiocarb	1,25	6.25	12,5	1,25	6,25	12,5
Ciflutrina	1,25	6,25	12,5	1	5	10
Cipermetrina	1,25	6,25	12,5	1	5	10
DDT	10	50	100	7,5	37,5	75
Deltametrina	1,25	6,25	12,5	1	5	10
Fenitrotión	5	25	50	5	25	50
Lambdacihalotrina	1,25	6,26	12,5	1	5	10
Malation	5	25	50	5	25	50
Permetrina	2,15	10,75	21,5	1,5	7,5	15
Pirimifos-metil	2	10	20	-	-	-

Discusión del tema 7

Dra. Catalá: El Dr. Chadee nos recordó la importancia de conocer el ciclo biológico de los mosquitos para analizar cuál es la mejor oportunidad o las estrategias más apropiadas para realizar el control vectorial, y con el Dr. González han puesto muchos ejemplos de cómo se pueden abordar y ampliar estas estrategias de control vectorial. El Dr. González ha subrayado la importancia de evaluar el efecto de estas intervenciones y también ha resaltado que estas se deben basar en resultados científicos verificados. No sé si algún representante de país o algún socio tiene alguna pregunta o comentario sobre el control vectorial que están realizando los países.

Dr. Cerón: Solo quisiera mencionar una experiencia de Guyana. Estamos intentando desde hace un par de años establecer una estructura para el control vectorial y hemos dado seguimiento al entrenamiento impartido por el Dr. Chadee (estuvo con nosotros un par de veces). Pero ha costado trabajo por algunos factores determinantes de accesibilidad, transporte y falta de espacios, y al recambio permanente de personal, ya que a algunos no les gusta trabajar en las zonas remotas donde están los vectores. Lo que quisiéramos hacer es, además de hacer un mapeo de la situación vectorial en Guyana —que no se realiza desde hace más o menos 10 años—, actualizar esa información. En cuanto a los mosquitero impregnados, el Ministerio de Salud los ha distribuido, pero quisiéramos saber si hay algún país que tenga experiencia con la población itinerante que migra internamente, porque ese es nuestro problema: se reparten esos pabellones (sobre todo a los mineros, que son los más afectados por la malaria), pero cuando se marchan ellos dejan esos pabellones en la Costa Atlántica y cuando regresan en el siguiente período de trabajo a las minas ya no tienen pabellones; es decir, en el programa de malaria estamos constantemente entregando pabellones en las áreas mineras y, a pesar de eso, los mineros están constantemente desprotegidos. Ese es nuestro gran problema después de haber entregado unos 150 000 pabellones durante los últimos 6 o 7 años en Guyana.

TEMA 8: Actualización sobre los planes de acción integrados para el control y la eliminación de las EID. Preside: Dra. Kazuyo Ichimori

Suriname: Plan de Acción Integrado para el Control y la Eliminación de las EID

Dr. Lesley Resida

- Se está en proceso de evaluación del programa, así que no se han modificado mucho los datos con respecto a lo presentado en la reunión del año pasado. En el cuadro 11 se muestra la situación económica de Suriname en el año 2006.

CUADRO 11. Situación socioeconómica Suriname, según el área, 2006

Área	Tasa de alfabetización en mujeres de 15 a 24 años (%)	Higiene de manos con agua de grifo (%)	Mejora de las instalaciones sanitarias (%)
Urbana	96,2	97,1	97,9
Rural costera	94,2	97,9	91,6
Rural interior	45,0	44,8	33,0

- En este momento, las EID que se encontraban activas son la enfermedad de Chagas, la lepra, la FL, la esquistosomiasis, las HTS, la leishmaniasis y la malaria. A continuación se presenta la situación actual de cada una de estas enfermedades:

Enfermedad de Chagas: en la actualidad presenta una baja endemicidad, se está haciendo un buen tamizaje en los bancos de sangre, se realizaron encuestas integradas con el programa de control de la malaria y se trabajó en cooperación con Guyana Francesa y la Agencia Brasileña de Cooperación. La meta del Ministerio de Salud Pública es interrumpir la transmisión de *Tripanosoma cruzi* mediante el tamizaje de toda la sangre y una cobertura de 100% en el diagnóstico, los servicios del sistema de atención sanitaria y el tratamiento de los enfermos.

Lepra: en 2010 tuvo una incidencia de 0,7 por 10 000 habitantes. Algunos de los casos fueron importados por trabajadores inmigrantes, principalmente de Brasil. Las actividades realizadas fueron la descentralización de la educación, el diagnóstico y el tratamiento en los servicios de salud de las zonas rurales; estas actividades se realizaron con la cooperación de los Países Bajos. El objetivo es que cada región/distrito alcance la meta de < 1 caso por 10 000 habitantes.

FL: Suriname se encuentra libre de la transmisión de FL, pero con riesgo de su reintroducción. Las actividades que se realizaron fueron: mejorar la educación sanitaria y la vigilancia mediante la colaboración nacional e internacional, y mejorar la colaboración intersectorial para eliminar los factores de riesgo ambientales. La meta es mantener a Suriname libre de la transmisión.

HTS: la prevalencia en las zonas urbanas es baja y aumenta en las zonas rurales del país. Las actividades que se realizaron fueron: intensificar la educación sanitaria, mejorar los servicios de diagnóstico y tratamiento en las zonas rurales, ampliar la cooperación con los proveedores de salud locales, y planificar y ejecutar las actividades periódicas de AMM que sean necesarias. La meta es reducir a cero la prevalencia y la alta intensidad de infección en todos los distritos.

Leishmaniasis: es principalmente una enfermedad ocupacional. Se han registrado 291 casos en 2010. Las actividades realizadas son: descentralizar y mejorar los servicios de diagnóstico y tratamiento, con la cooperación de Holanda (proyectos de investigación). La meta es mejorar el acceso a los sistemas de atención de salud para la detección oportuna y el tratamiento de los casos.

Malaria: se produjo una disminución significativa (> 90 %) de los casos positivos de malaria. Se puso en práctica el uso general de mosquiteros impregnados. Las actividades realizadas fueron: mejorar la vigilancia y la disponibilidad de medicamentos en el interior, con la cooperación de la OPS, la Iniciativa Amazónica en Malaria y la Red Amazónica de Vigilancia a la Resistencia de los Antimaláricos (RAVREDA). La meta es la eliminación de la malaria en el país.

Brasil: Plan de Acción Integrado para el Control y la Eliminación de las EID

Dra. Karina Fiorillo

- A principios de 2011, la Secretaría de Vigilancia en Salud, de Brasil, creó la Coordinación General de Lepra y Enfermedades en Eliminación con el objetivo de fortalecer la respuesta ante un grupo de enfermedades (lepra, esquistosomiasis, FL, HTS, oncocercosis y tracoma) con vistas a su eliminación como problema de salud pública o la reducción drástica de la carga de estas enfermedades.

- Las enfermedades a eliminar, de acuerdo con la clasificación de las enfermedades desatendidas y otras relacionadas con la pobreza, recogida en la resolución del Consejo Directivo de la OPS CD49 R19/2009 (ya citada), son frecuentes en zonas donde la población tiene condiciones precarias de vida.

- En julio de 2012, se lanzó el plan de acciones estratégicas integradas para la eliminación de la lepra, la FL, la esquistosomiasis y la oncocercosis como problemas de salud pública, del tracoma como causa de ceguera y para el control de las HTS. Las acciones estratégicas integradas de este plan incluyen, entre otras medidas, la búsqueda activa de casos y su tratamiento adecuado que, en dependencia de la situación epidemiológica, puede llegar a la quimioprofilaxis masiva. La misión de este plan es contribuir con los estados y municipios para desarrollar y aplicar planes integrales, acciones locales que promuevan la salud pública y la inclusión social —en consonancia con los principios rectores del Sistema Único de Salud— y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio,[20] propuestos por las Naciones Unidas. Como objetivo general, el plan pretende promover el desarrollo y la aplicación de políticas públicas integradas y eficaces, basadas en resultados científicos verificados a fin de reducir la carga de las enfermedades que se pretende eliminar.

- Con respecto a la FL, el Ministerio de Salud de Brasil tiene como objetivo su eliminación para el año 2015; las acciones se centran en los municipios endémicos de la región metropolitana de Recife, en el estado de Pernambuco (Recife, Paulista, Olinda y Guararapes Jaboatão).

- Los retos son mantener una alta cobertura de la AMM con DEC en la región metropolitana de Recife y lograr la eliminación de la enfermedad. Los resultados esperados son: interrumpir la transmisión, comprobar y documentar esta interrupción en todo el país, y promover la asistencia médica y social de las personas con FL.

- Entre las actividades que el país puso en práctica en 2013 para combatir de manera integrada las EID está la campaña nacional contra la lepra y las HTS. El objetivo de esta campaña es tratar con ALB al menos a 70 % de los 8 millones de estudiantes de 5 a 14 años en unos 650 municipios.

Guyana: Plan de Acción Integrado para el Control y la Eliminación de las EID

Dr. Rohan Sagar

- En Guyana existen varias regiones con enfermedades coendémicas (cuadro 12).

CUADRO 12 Enfermedades coendémicas en Guyana por región

Región	Población	Filariasis linfática	HTS	Leptospirosis	Chagas	Leishmaniasis
I	8 294	-	TBD	TBD	TBD*	TBD[o]

[20] Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York: NU; 2005 Disponible en: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ Acceso el 3 de enero de 2014.

II	43 239	+	TBD	+	TBD	TBD
III	95 276	+	TBD	+	TBD	TBD^{o}
IV-Georgetown	209 494	+	TBD	+	TBD	TBD
IV-rural	115 247	+	TBD	+	TBD	TBD
V	52 274	+	TBD	+	TBD	TBD^{o}
VI	141 455	+	TBD	+	TBD	TBD^{o}
VII	14 682	+ (P)	TBD	+	TBD	TBD^{o}
VIII	5 574	+ (P)	TBD	TBD	TBD	TBD^{o}
IX	14 947	+ (P)	TBD	TBD	TBD*	TBD
X	39 271	+	TBD	+	TBD	TBD^{o}
Total	729 753					

Nota: HTS: helmintiasis transmitida por el contacto con el suelo; +: con transmisión; -: sin transmisión; P: transmisión parcial, solo en una parte de la población de esta región; TBA: todavía por definir.
* considerada de alto riesgo.
^{o} con probabilidades de ser endémica.

- Con respecto a cada una de estas enfermedades, las actividades que se están llevando a cabo son las siguientes:

FL: (para prevenir y tratar el linfoedema, la elefantiasis y la adenolinfangitis producida por la FL) suministro de equipos de lavado (cubo, toalla, jabón, agua potable); entrega de antibióticos y crema vaselina; y capacitación en información, educación y comunicación de trabajadores de primera línea de atención sanitaria, miembros de la comunidad, pacientes y sus familiares, y clubes/grupos de apoyo social y de seguimiento y supervisión. Además, se proporcionarán servicios de cirugía a los pacientes que lo requieran, entrenamiento apropiado a los médicos y enfermeras, y se habilitarán instalaciones en los hospitales.

Lepra: capacitación en información, educación y comunicación sobre la enfermedad y sus manifestaciones a trabajadores sanitarios, miembros de la comunidad y pacientes; disponibilidad de poliquimioterapia, donada por la OMS, en las clínicas de dermatología; formación de los trabajadores de la salud y miembros de la comunidad en actividades para la detección de casos; uso de la AMM para la FL; e intervenciones integradas con HTS para encontrar nuevos casos de lepra.

Enfermedad de Chagas: formación de trabajadores de la salud en información, educación y comunicación; capacitación de trabajadores de la salud y miembros de la comunidad en actividades para la detección de casos —coordinadamente con el fortalecimiento de las capacidades para combatir la malaria—; y el seguimiento y la supervisión del tratamiento y los eventos adversos.

Leishmaniasis: formación de trabajadores de la salud en información, educación y comunicación; capacitación de los trabajadores de la salud y miembros de la comunidad en actividades de localización de casos, definición y organización de los servicios; y seguimiento y supervisión del tratamiento y los eventos adversos.

- Las oportunidades para la integración con otras actividades no relacionadas con las EID incluidas en el plan se centran en el control del vector de la malaria —mediante programas de desarrollo sectorial, puestos en marcha por el Ministerio de Salud de Guyana (por ejemplo, los relacionados con el agua y el saneamiento)— y en los programas de salud escolar.

- Los presupuestos se elaboran una vez al año y se siguen los planes anuales consolidados. Estos presupuestos son fondos asignados para la ejecución de los programas, así como recursos y contribuciones puestos a disposición por el Gobierno y sus asociados. El presupuesto lo prepara la Oficina del CMO-"Chief Medical Officer" del Ministerio de Salud, en consulta con el Comité Nacional de Enfermedades Tropicales Desatendidas; luego, el Ministerio de Salud lo revisa y aprueba para el ejercicio anual.

Discusión del tema 8

Dr. Ault: Sabemos que se están implementando acciones ahora mismo, y esperamos que se pueda ejecutar la mayor parte del plan o el plan completo. Es muy importante lograr la erradicación de la FL y fortalecer también la prevención. Con respecto a los planes para eliminar la FL, pienso que sería bueno ver la continuidad de los programas nacionales para su eliminación, pero en estos casos vemos que se han integrado con los planes para disminuir los decesos.

Dr. Cerón: Acerca del plan presentado por Guyana quisiera comentar que, como ustedes pueden ver, lo más sensible en un plan estratégico es el presupuesto, que es lo que creo que está deteniendo la ejecución de este plan por parte del Ministerio de Salud. Porque ellos tienen que presentar su presupuesto anual que tiene que aprobar el ministerio, el gobierno y luego el parlamento, y muchos de estos presupuestos quedan recortados, a veces a la mitad. Por ejemplo, sabemos que tenemos un desconocimiento casi total de la leishmaniasis, porque son pocos los casos informados; la idea de unificar las enfermedades desatendidas en un plan podría tomar mayor prioridad. Ellos ya han iniciado algunas actividades; sin embargo, el Ministerio de Salud ha tomado esta herramienta para empezar las actividades de algunas de estas enfermedades, aunque sin aprobar el plan. Este plan es una guía de varias actividades que se han estado poniendo en la práctica.

Dr. Chadee: Hay un estudio, realizado en Guyana en 2005, que si se revisa podría dar los datos de las localidades donde se ha detectado la enfermedad y donde están las fuentes; entonces se podría usar para el análisis del programa.

Dr. Ault: El Dr. Chadee es uno de los invitados del GRP, pero me gustaría que enviara el artículo a los demás especialistas, con copia a mí, para lograr un rápido acceso a ese artículo.

TEMA 9: Información integrada sobre las EID: cobertura, presentación de informes de casos y distribución de medicamentos. El formato para el informe conjunto de datos de la OPS/OMS. Preside: Dr. Manuel González

Integración de la revisión de las solicitudes de donación de medicamentos para las HTS y la esquistosomiasis en las responsabilidades del GRP de la FL a partir de 2014

Dr. Ault: No he traído una presentación, pero me gustaría puntualizar algunas cosas acerca de este tema. En Brasilia, empecé una discusión con los administradores del GRP sobre la posibilidad y el interés de encontrar una forma de trabajar todas las EID y procesar todas las solicitudes de donaciones de medicamentos en conjunto con el GRP. He visto un sinnúmero de oportunidades para nuestra Región en este tipo de integración.

Perspectiva del Departamento de Control de ETD de la OMS. Presentación del formulario de informe conjunto de la OPS/OMS

Dr. Santiago Nicholls

- Realmente esto se llama paquete de aplicación conjunta, que incluye el modelo de informa conjunto de datos (JRF), un formato único para solicitar el tratamiento para la quimioterapia preventiva (JRSM) y un formato único para informar sobre su uso, denominado formato de informe conjunto. El mecanismo actual para solicitar medicamentos para quimioterapia preventiva y su uso se va a reemplazar por una revisión integrada y virtual conjunta. El proceso vigente en la actualidad se basa en formularios de solicitud de medicamentos específicos para ciertas enfermedades e informes de enfermedades —también específicos—, y presenta dificultades. Entre esas dificultades se puede mencionar la insuficiente coordinación entre los programas de quimioterapia preventiva en los países, lo que afecta a las solicitudes de medicamentos y la puesta en marcha de las actividades de quimioterapia preventiva, como una estrategia importante hacia el control y la eliminación de estas enfermedades. Aunque desde la OPS se ha estado promoviendo la integración, este proceso debe empezar por la casa: no podemos decirles a los países que se integren si nosotros no integramos las cosas. Con el formato de informe conjunto se pretende tener el número de personas tratadas por intervención o enfermedad y el número de tabletas empleadas. Este paquete tiene forma de plan de trabajo anual y para calcular el costo del plan y la brecha de financiamiento se puede usar la herramienta TIPAC, desarrollada en MS Excel para calcular el costo integrado de las intervenciones dirigidas a controlar o eliminar las ETD. Esta herramienta también resume las actividades planeadas y su cronograma. Se planea hacer una adaptación regional con traducciones (se está haciendo la de español). Los formatos conjuntos se pueden enviar por correo electrónico y subirlos a una plataforma digital.

- El plan de trabajo anual permite a los ministerios de salud tener claros los objetivos que se van a alcanzar ese año. Es importante enfocarse en las actividades concretas que se necesita llevar a cabo para lograr los objetivos específicos, identificar las necesidades mensuales que se deben atender, e identificar las brechas financieras y técnicas existentes. Por otro lado, también permite a la OMS monitorear el progreso de cada programa, identificar los puntos críticos y los obstáculos, verificar si las actividades no se están ejecutando de la manera en que se planearon, brindar apoyo a tiempo y ofrecer los medicamentos necesarios para las intervenciones planeadas.

- Este proceso de revisión externa garantiza que las revisiones sean justas e independientes. Obviamente, la situación es diferente en cada región de la OMS, como reflejo de la situación cambiante de los grupos de revisión de programas, puesto que la idea es que estos grupos —por ejemplo, el GRP que se va a reunir esta tarde— se expandan y atiendan todas las enfermedades objeto de quimioterapia preventiva Probablemente, en los próximos años no tengamos un GRP solo para FL, sino para enfermedades desatendidas que requieran de quimioterapia preventiva. Esta revisión se hace con un panel virtual conjunto que puede incluir a los miembros del grupo de revisión de programas. Una vez que esta estructura nueva sea operativa, la revisión de las aplicaciones se delegaría nuevamente a los GRP; este de ahora es un mecanismo transitorio mientras se pone en marcha este proceso; pero una vez que quede estructurado para todas las enfermedades desatendidas, el grupo de revisión se encargará de todo. Se han hecho pruebas pilotos en seis países, con varias actividades, para probar este proceso y se ha aprendido para mejorar los formatos. Este paquete de aplicación conjunta estará activo entre este año y el próximo; ya se han enviado varias comunicaciones a los países y todos los formatos están disponibles en
http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/reporting/en/index.html

- Habrá un proceso de transición de 2 años, pero varios países ya lo están utilizando. Además, para aplicar este cambio se elaborará una guía y un video traducido a tres idiomas (inglés, francés y español); además, se programarán sesiones durante alguna reunión planeada —que es lo que estamos haciendo ahora— y se dará apoyo a los países por correo electrónico, tanto desde nuestras oficinas en Washington, D.C., como desde las oficinas de los países. También se pueden hacer, si se requieren, talleres nacionales.

Los formularios del informe de datos epidemiológicos son importantes para poder recolectar datos, tanto de líneas de base como de los efectos y la morbilidad. Estos se desarrollaron junto con este paquete. Los datos se pueden enviar una vez que estén disponibles o se desee hacer un cruce con los datos de desempeño y resultado; en todos los casos, se garantiza la confidencialidad de los datos. Este proceso seguirá un cronograma establecido:

- ✓ Presentar el JRSM y el plan de trabajo anual antes del 15 de agosto, a fin de recibir los medicamentos que se emplearán el siguiente año. En esa ocasión, se presentará también el JRF correspondiente al año anterior. Por ejemplo, el 15

de agosto de 2013 se deben presentar el JRSM y el plan de trabajo anual para el año 2014 y el JRF con los datos correspondientes a 2012.

- ✓ Las solicitudes se realizarán a través del correo siguiente: PC_jointForms@who.int
- ✓ Se debe contactar con la representación de la OMS en el país y con los funcionarios regionales para compartir sus aplicaciones y realizar la retroalimentación correspondiente.
- ✓ Los socios deben fomentar el contacto con las oficinas centrales y las oficinas regionales de la OMS para coordinar el apoyo de los ministerios de salud, en particular, las necesidades de medicamentos.

- Se debe tener presente la importancia del monitoreo y la evaluación (mediante indicadores de procesos, desempeño y resultado). Entre los indicadores de desempeño, el que más nos interesa es el de la cobertura, pero si tenemos todo lo demás bien y logramos mantener una buena cobertura y sostenerla durante varios años, seguramente vamos a tener un avance importante en todos los indicadores. Los indicadores de desempeño y de proceso se evalúan cada año; los de resultado se evaluarán cada 2-3 años, según la enfermedad.
- Finalmente, ¿cuál es el uso de esto? Aunque estos datos tienen una clara utilidad local y nacional, finalmente se transmiten a la OPS (nivel regional) y la OMS (nivel mundial) y se incorporan al banco de datos de quimioterapia preventiva (ver http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/lf/en/index.html).

Discusión del tema 9

Dr. Cerón: Solo quiero comentar que los ministerios tienen dificultades cuando reciben formas muy tecnificadas, ya que se les dificulta el llenado. Me parece buena idea agregar a este paquete con nuevos formatos la parte del entrenamiento, esto es muy importante. Ese es un gran problema que tenemos en las oficinas nacionales: darle seguimiento y apoyo, porque a veces se interpreta como que únicamente se requiere información, pero no se da ningún tipo de retroalimentación del resultado. Esta es una interpretación que estoy haciendo, tal vez, un poco al azar, pero creo que hay un poco de resistencia en el ministerio para llenar estos formularios. No obstante, nosotros siempre hemos intentado darle seguimiento y obtener los datos. Creo que la parte positiva es que esta información puede ayudar al ministerio a tomar decisiones, no solo estar siempre informando para arriba, y tener un documento histórico anual o algo así. Me parece muy bien que el documento tenga ahora información local para que el ministerio pueda utilizarlo y tomar decisiones.

Dr: Nicholls: Yo creo que el Dr. Cerón tiene razón en el sentido de que la idea no es tener información por tenerla, sino y ante todo, tener información para tomar decisiones en los diferentes niveles (local, nacional, regional y mundial). Obviamente,

la información que se necesita para tomar decisiones es diferente según el nivel: las decisiones a nivel local se pueden basar en información más general, pero a niveles nacional y regional se requiere información más desagregada; de todas maneras, es para tomar decisiones. De hecho, cuando recibimos estas informaciones, nosotros las analizamos y, si tenemos dudas, preguntamos a los países para que nos aclaren antes de enviarlas a la OMS, pues no somos unos meros intermediarios de la información, sino que ayudamos a mejorar su calidad, las revisamos —sobre todo cuando vemos que hay algunos datos que no son consistentes— y luego es que las enviamos a la OMS. Pero claro, el objetivo de toda información es hacer una retroalimentación a todos los niveles y medir el avance hacia las metas relacionadas con las EID.

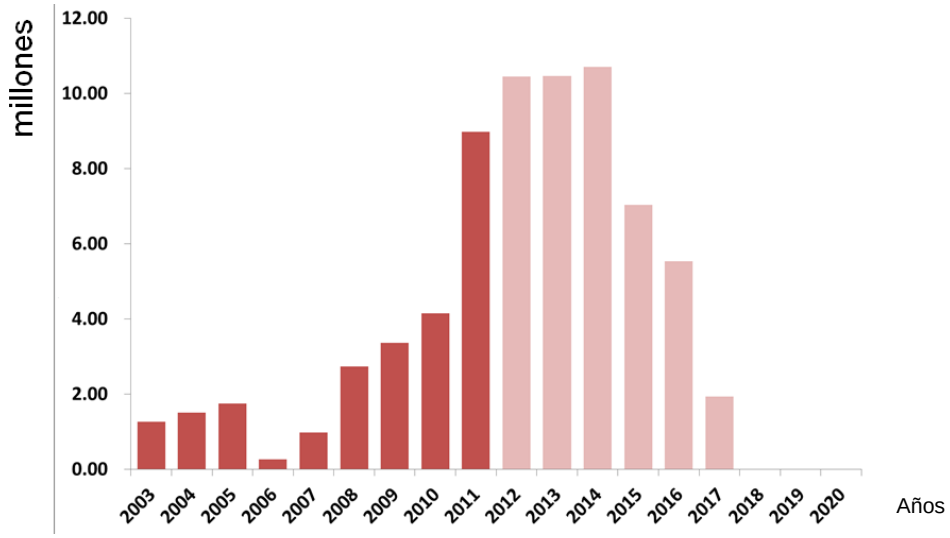
Dr. Ault: Para reflexionar sobre el comentario del Dr. Cerón: es importante resaltar que los países están completando adecuadamente los nuevos formularios para compilar información epidemiológica de las EID en la región y también para solicitar medicamentos a pesar de no haber recibido ningún entrenamiento para ello. Pienso que es una oportunidad para el Ministerio de Salud de mejorar la forma de las propuestas a fin de evitar duplicaciones y esfuerzos excesivos. Básicamente, estos tres formularios se corresponden con los procesos de planeación, puesta en marcha y monitoreo.

TEMA 10: Situación del abastecimiento mundial de DEC: oportunidades de donación de DEC en América Latina y el Caribe. Preside: Dr. Steven Ault

Dra. Kazuyo Ichimori

- Se han formado nuevas asociaciones con nuevos socios, como Eisai (a partir de 2014) y Sanofi-Aventis (2012-13) para DEC:
  - ✓ Eisai donará DEC desde 2014 en adelante a todos los países endémicos de FL elegibles, con excepción de la India.
  - ✓ Sanofi-Aventis acordó donar cantidades limitadas de Notezine® (DEC, tabletas de 200 mg) a determinados países.
- Ya se tienen los datos de avances y la proyección de las oportunidades de donación de DEC para Brasil, Guyana, Haití y la República Dominicana (cuadro 13).

CUADRO 13. Avances y proyección de las donaciones de albendazol y citrato de dietilcarbamazina en los países endémicos de América Latina y el Caribe



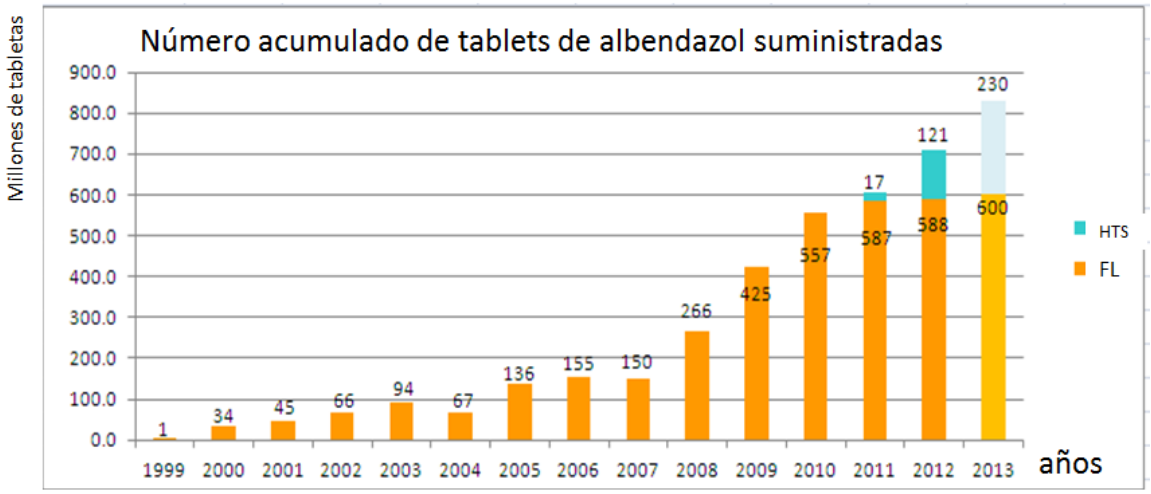
País	Tamaño proyectado de la población objetivo, 2012-2020 (millones de personas)							
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
República Dominicana	0,09	0,09	0,09	0,09				
Guyana	1,72	1,72	1,72	1,71	0,30			
Haití	24,06	24,42	15,80	12,05	4,55			
Brasil	0,28	0,55						

TEMA 11: Situación de las donaciones de albendazol y previsión de las necesidades. Preside: Dr. Steven Ault

Dra. Minne Iwamoto y Dra. Tijana Duric

- Desde la última reunión sostenida en Brasil, se ha llegado a una nueva asociación entre GSK y Save the Children para ayudar a 1 millón de niños.
- Los compromisos de GSK con la erradicación de las EID son los siguientes:
  - ✓ Donar 600 millones de comprimidos de ALB a la OMS cada año hasta que se elimine la FL como problema de salud pública.
  - ✓ Donar 400 millones de comprimidos de ALB a la OMS cada año hasta el año 2020, para el control de las HTS en niños de edad escolar.
  - ✓ Realizar actividades de investigación y desarrollo en EID.
- La actual cadena de suministro de ALB al más alto nivel es la siguiente: para la India se cuenta con una manufactura inicial en SeQuent y una secundaria en Nashik, luego pasa a almacenes del gobierno de la India; para el resto del mundo, se cuenta con una manufactura en Uquifa, México, que luego pasa a Ciudad del Cabo, Sudáfrica, para distribuirse por DHL a todos los países que requieren de este medicamento.
- Los informes del avance de esta tarea son los siguientes (cuadro 14):
  - ✓ Para FL: se donaron 588 millones de comprimidos de ALB a 56 países en 2012. Se prevé entregar 600 millones de tabletas de ALB en 2013.
  - ✓ Para HTS: 17 millones de tratamientos se pusieron a disposición de 7 países en 2011. Se donaron 121 millones de tratamientos a 29 países en 2012. Se prevé entregar 230 millones de tabletas para 42 países en 2013.

CUADRO 14. Avances en el suministro de tabletas de albendazol



HST: helmintiasis transmitida por contacto con el suelo; FL: filariasis linfática.

- La proyección para los años 2013-2014 se elaborará en la reunión del GRP.

TEMA 12: Ciencias biosociales: contribuciones al control y la erradicación de las enfermedades tropicales. Preside: Dr. Steven Ault

Dra. Linda S. Lloyd

- Para la eliminación de las ETD se deben enfrentar siete desafíos.
  1. el compromiso de los recursos
  2. ampliar los conocimientos especializados pertinentes (no solo en el control de vectores, sino también en la promoción de la salud y la comunicación para la salud)
  3. extender el uso de la quimioterapia preventiva
  4. disponer de cantidades suficientes de medicamentos de calidad garantizada para el tratamiento de las ETD
  5. investigaciones dirigidas a las ETD: desarrollar nuevos medicamentos, métodos para el control de vectores y métodos de diagnósticos de dengue, así como vacunas accesibles a todos los que las necesitan e intervenciones más eficaces y con mejor aceptación
  6. mejorar los sistemas de información cuantitativa con respecto a la epidemiología, la transmisión y la carga de las EID, así como sobre el alcance, el cumplimiento, la aceptación y el efecto de las intervenciones (incluidos los datos de comportamiento, que pueden ser cualitativos y cuantitativos)
  7. cambios globales: las fronteras “porosas”, el crecimiento demográfico y la migración, el movimiento de ganado y vectores, y las consecuencias políticas y geográficas del cambio climático.

- Togo está en camino de convertirse en el primer país de África subsahariana con programa de eliminación de la FL que logra eliminarla. Entre los factores que condujeron a ese logro se pueden señalar los siguientes:
  - ✓ un fuerte y sostenido compromiso político, coordinadores del programa entusiastas y conocedores que impulsaron la agenda al más alto nivel del Ministerio de Salud, y socios que dieron visibilidad al programa de alto nivel
  - ✓ la pequeña carga de la enfermedad (20 % de la población total estaba en riesgo) en un país relativamente pequeño (superficie total de 56 785 km^2 con una población total de 6,9 millones de habitantes)
  - ✓ establecimiento de un equipo de gestión bien motivado: coordinadores sólidamente preparados y confiables que entendían plenamente las estrategias y retos del programa y que estaban totalmente comprometidos con la cooperación y la innovación (los coordinadores se cambiaron en dependencia

de las necesidades del programa) y un equipo de tres elementos (no todos a tiempo completo): una persona focal para el monitoreo y la evaluación (compartido con otros programas), una persona focal para la gestión de linfoedemas y una persona focal para la gestión de hidroceles (cirujano, asesor a tiempo parcial)

- ✓ un coordinador del programa con fácil acceso al más alto nivel del Ministerio de Salud y una administración flexible, dispuesta a ajustarse a las necesidades del programa, con un sistema adaptable para obtener las órdenes de viaje y el dinero de la cuenta
- ✓ integración con otras intervenciones de salud existentes, en lo que ayudó el fácil acceso del coordinador del programa al más alto nivel del Ministerio de Salud
- ✓ innovación para la movilización de recursos en un entorno carente de recursos locales, que aprovechó todas las oportunidades, como las emisiones gratuitas de educación sanitaria por la televisión local y las radios nacionales; la propuesta conjunta de recursos para malaria y FL enviada exitosamente al Fondo Mundial de lucha contra la malaria; y los fondos de investigación pequeños (US$10 000 o más) para iniciar programas de investigación operativa. Los coordinadores nacionales de los programas de ETD específicos desarrollaron un programa integrado —con una fase de preparación de un año de duración para la elaboración de instrumentos y directrices unificados para ese programa integrado de ETD— que abarcaba el mapeo, la obtención de datos de referencia, la AMM, la educación sanitaria, la vigilancia y la evaluación; asimismo, se desarrolló y puso en marcha un sistema de seguimiento y evaluación rigurosa, que permitió realizar ajustes a los programas
- ✓ asociaciones muy fuertes, construidas a partir de asociaciones existentes, agentes internos (como distribuidores de medicamentos en la comunidad, el equipo de salud del distrito, instituciones académicas, etc.), agentes externos (como GSK, Merck, MDP-Mectizan Donation Program, HDI-Health & Development International, CDC, IMA World Health, Fondo Mundial de lucha contra la malaria y centros de apoyo para combatir la FL de Atlanta y la universidad de Liverpool)

- Hay un artículo sobre Togo, que creo que es importante leer, ya que tiene detalles sobre el éxito alcanzado en ese país en la eliminación de la FL.[21]

- El éxito del PNEFL de Togo se facilitó gracias al trabajo de los directores de programas, carismáticos, innovadores y dignos de confianza (campeones de programas) capaces de:

[21] Sodahlon YK, Dorkenoo AM, Morgah K, Nabiliou K, Agbo K, Miller R, et al. A success story: Togo is moving toward becoming the first sub-Saharan African nation to eliminate lymphatic filariasis through mass drug administration y countrywide morbidity alleviation. Plos Neg Trop Dis. 2013. Disponible en: http://www.plosntds.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pntd.0002080 Acceso el 14 de enero de 2014.

- ✓ identificar problemas y soluciones oportunamente
- ✓ garantizar la visibilidad del problema de FL a los más altos niveles del Ministerio de Salud
- ✓ adoptar un enfoque pragmático, que aprovechó intervenciones de salud existentes y un sistema de salud descentralizado, para integrar las actividades de FL
- ✓ y lo más importante: desarrollar alianzas de distintos tipos, con enfoques innovadores, para movilizar recursos para la ejecución sincronizada de las estrategias de doble pilar, como recomienda el Programa Global de Eliminación de la Filariasis Linfática.

• Un requisito previo para la eficacia de la movilización social es el conocimiento profundo de la biología del vector y el análisis de la situación de su ecología local (investigación operativa). Igualmente importante es la necesidad de comprender plenamente las características socioculturales que dan lugar a la proliferación de los principales tipos de contenedores, ya se trate de recipientes de almacenamiento de agua o de descarte de desechos sólidos (investigación operativa). Cuando la gestión de las aguas residuales y los sólidos se convierte en el foco de los esfuerzos de control, es posible que se logren beneficios adicionales para la salud pública de la comunidad (investigación operativa, seguimiento y evaluación). La investigación muestra cómo un enfoque basado en resultados científicos verificados del control del vector del dengue y un fuerte énfasis en la participación comunitaria puede llevar a importantes niveles de control (monitoreo y evaluación). Entre los elementos esenciales de la gestión integrada de vectores están: la estrategia general para el control de vectores; el diseño de paquetes específicos localmente relevantes de intervención, con combinación de herramientas y estrategias de administración claros; aplicación de intervenciones impulsadas mediante la movilización, la participación y el empoderamiento de las comunidades locales y las partes interesadas a diferentes niveles, con definiciones claras de los mecanismos de suministro y entrega, así como con gestión y organización adecuadas; y el seguimiento y la evaluación de los procesos, la captación, los resultados, el impacto y la sostenibilidad.

• En resumen, ¿qué hay de nuevo?

- ✓ datos importantes apoyados por resultados científicamente verificados a partir de intervenciones dirigidas localmente
- ✓ papel de la gestión eficaz de los programas en el éxito general del programa
- ✓ importancia de los procesos de recopilación de datos cualitativos y cuantitativos en el marco de la planificación, el seguimiento y la evaluación
- ✓ liderazgo y creación de capacidades en todos los niveles
- ✓ asociaciones estratégicas.

Agradecimientos y clausura de la reunión de gerentes de programas.

ANEXOS

Anexo 1. Lista de participantes

12.ª Reunión Regional de Gerentes de Programa para la Eliminación de Filariasis Linfática

11.ª Reunión Regional del Grupo Revisor para la Eliminación de Filariasis Linfática

Santo Domingo, República Dominicana

10-11 de junio de 2013

LISTA DE PARTICIPANTES

Representantes de los Ministerios de Salud

Karina FIORILLO	+55 (61) 3213-8205
Brasil	+55 (61) 8121-5179
Ministerio de Salud	Karina.fiorillo@saude.gov.br
SCS Qd 4 Ed. Principal 3º andar	karinasfiorillo@gmail.com

Jose Alexandre MENEZES DA SILVA	55 81 3184-0186 ó 3184-0183
Brasil	55 81 9488-2738
Coordinador	jalexandremsilva@gmail.com
Secretaría Estatal de Salud de Pernambuco	sanar@saude.pe.gov.br
Departamento: SANAR, Coordinación General	
Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, Bongi	
Pernambuco - Brasil – POSTAL CODE: 50.751-	

Jose Luis GARCÉS FERNÁNDEZ	(506) 22216158
Costa Rica	(506) 83673725
Responsable, enfermedades	jlgarces2003@hotmail.com
Ministerio de Salud	
Oficina de Vigilancia Sanitaria	
Calle 16, Avenida 6 y 8	

Manuel GONZÁLEZ
Coordinador del Programa de Eliminación de la Filariasis Linfática
República Dominicana
Ministerio de Salud

Kenny OLIVERO

Facilitador del Programa de Eliminación de la Filariasis Linfática
República Dominicana
Ministerio de Salud

Angelita MÉNDEZ

Control de Morbilidad
República Dominicana
Ministerio de Salud

Rohan SAGAR
Guyana
Coordinador del Componente FL
592-226-1224
592-693-8618
Banco Interamericano de Desarrollo

c/o Ministerio de Salud
Lot 1 Upper Brickdam, G/Town
harpyeaglemusic@yahoo.com
harpyeaglemusic@hotmail.com

Roland Joseph OSCAR
Haití
Coordinador del PNCM
Ministerio de Salud Pública y Población (OUEST)
#2, Delmas 60

37250145
roroscar@yahoo.fr

Lesley RESIDA
Suriname
Director del Buró de Salud Pública
Buró de Salud Pública / Ministerio de Salud
Rodekruislaan 22, Paramaribo

597-498564
597- 08737750
LesleyResida@bog.sr

Karmesh SHARMA

Trinidad y Tobago

Epidemiólogo 1-868-752-6091
Ministerio de Salud (no médico) kldsharma204@hotmail
Oficina del Director Médico, Programas de Salud & Servicios de Apoyo Técnico Karmesh.Sharma@health.gov.tt
63 Park Street, Puerto España, Trinidad, W.I.
1-868-623-3297

Organizaciones no gubernamentales

Abdel Nasser DIRENY 509-3816-5969
Haití abdeldireny@imaworldhealth.org
Asesor en ETD / Gerente Senior de Programa
IMA World Health
388 Bis, John Brown Ave, Puerto Príncipe, Haití

Socios

Dave CHADEE
662-2002 - Ext. 3740
Trinidad y Tobago
Universidad de West Indies
Departamento de Ciencias Naturales
St. Augustine Campus
Trinidad, West Indies

769-3927
chadee@tstt.net.tt

Tijana DURIC
Reino Unido
Director, Planeación de Suministros y Finanzas
GlaxoSmithKline
Unidad de ETD
980 great West Road, Brentford, Middlesex, TW8 9GS

+447880181646
+442080474904
Tijana.x.duric@gsk.com
Tijana.x.duric@gsk.com

Minne IWAMOTO
Estados Unidos de América
Director, Africa Malaria Partnership
GlaxoSmithKline
Unidad de ETD
5 Crescent Dr NY 0400
Philadelphia, PA 19112

+1 215 751 7096
Minne.h.iwamoto@gsk.com
Minne.h.iwamoto@gsk.com

Kimberly WON
Estados Unidos de América
Investigador en Salud
U.S. Centers for Disease Control and Prevention
División de Enfermedades Parasitarias y Malaria

1600 Clifton Road MS D-65Bldg. 23, room 10-104 Atlanta, GA 30329
1-404-718-4137
1-404-906-8620
kwon@cdc.gov

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

Kazuyo ICHIMORI
Ginebra, Suiza
Investigadora
OMS
Departamento de Control de Enfermedades
Tropicales Desatendidas
20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

+4122 7912767
+4179 2033 177 (Blackberry)
ichimorik@who.int

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

Santiago NICHOLLS
Brasil
Asesor para lepra
OPS
Setor de Embaixadas Norte, Lote 1970800-400-Brasilia
D.F., Brasil

55-61-3251-9455
55-619-274-1898
Nicholls@bra.ops-oms.org

José MOYA
República Dominicana
Punto Focal
OPS
Calle Pepillo Salcedo – Recta Final
Plaza de la Salud
Ensanche La Fe

1-809 562-1519
moyajose@dor.ops-oms.org

Lilian RENEAU-VERNON
República Dominicana
Representante de OPS/OMS
1-809 562-1519
lreneau@dor.ops-oms.org

Calle Pepillo Salcedo – Recta Final
Plaza de la Salud – Ensanche La Fe

Nicolas CERON
Guyana
Especialista en malaria
OPS
NCD
Lot 8 Brickdam, Stabroek, G/Town
592-227-4205
667-3639
ceronnic@guy.paho.org
nceron@gmail.com

Steven AULT
+1-202-974-43896
Estados Unidos de América
Asesor Senior en Enfermedades Infecciosas Desatendidas
OPS
525 23rd St. NW
Washington, DC, 20037
+1-571-970-8887
aultstev@paho.org

Laura CATALÁ
Estados Unidos de América
Oficial Técnico en Enfermedades Infecciosas Desatendidas
OPS
525 23rd St. NW
Washington, DC, 20037
+1-202-974-43142
+1-202-812-1897
catalal@paho.org

Otros participantes

Patricia Antonia PÉREZ ROSARIO
República Dominicana
Relatora
C/12 No. 18, Lotes y Servicios, Sabana Perdida
809-590-1557
829-591-0877
patriciaperezrosario@hotmail.com

Linda S. LLOYD
Estados Unidos de América
Consultante en Salud Pública
3443 Whittier St., San Diego, CA 92106
619-226-4096
858-752-2106
lindalloyd01@gmail.com

Anexo 2. Agendas de las reuniones

Día 1: 10 de junio

Programa de la Reunión de Gerentes 2013

8:30 – 9:00 am Inscripción en el lobby

9:00 – 9:15 am

Ministerio de Salud de la República Dominicana –Honorable Ministro de Salud o su representante

Representación de la OPS en la República Dominicana – L. Reneau-Vernón

Programa de ETD de la OPS, Washington, DC (HSD/CD) – S. Ault

9:15 – 9:30 am Presentación de los participantes, revisión de la agenda y comentarios iniciales de la reunión– S. Ault

9:30 – 11:00 am

TEMA 1: Vigilancia de la FL, la AMM y el progreso hacia la interrupción de la transmisión -2012 (Preside: S. Ault) (90 min total)

Informe de los gerentes responsables del programa por país

Haití – R. Oscar (30 min)

Guyana – R. Sagar (30 min)

República Dominicana – M. González (30 min)

11:00 – 11:30 am *Café*

11:30 am – 12:45 pm

TEMA 1: Continuación del tema 1: Vigilancia de la FL, la AMM y el progreso hacia la interrupción de la transmisión - 2012 (Preside: S. Ault) (75 min total)

Brasil

- Programa de Eliminación de la Filariasis Linfática de la Secretaría de Vigilancia Sanitaria Nacional – K. Fiorillo (30 min)
- Recife, Pernambuco, Brasil – J. A. Menezes (15 min)

Discusión sobre el tema 1 (30 min)

12:45 – 2:00 pm *Almuerzo*

2:00 – 3:30 pm

TEMA 2: Países que lograron interrumpir la transmisión de la FL (Preside: S. Ault) (90 min total)

Actualización por países en materia de vigilancia y gestión de los casos residuales (20 min cada uno)

Costa Rica – J. L. Garcés

Suriname – L. Resida

Trinidad y Tobago – K. Sharma

Discusión sobre el tema 2 (30 min)

3:30 – 3:45 pm *Café*

3:45 – 5:15 pm

TEMA 3: Monitoreo y evaluación de la eliminación de la FL (Preside: S. Nicholls)

Actualización sobre los usos de la encuesta de los estudios de valoración de la transmisión (EVT) y la aplicación de EVT de la FL, según la OMS (K. Won) (30 min)

Elaboración del borrador de un plan de acción de los EVT 2013-2020 (45 min)

a. Elaboración de un programa para la encuesta sobre EVT
    a. EVT para determinar cuándo detener la administración masiva de medicamentos
    b. EVT sobre la vigilancia epidemiológica pos tratamiento
    c. EVT antes de la solicitud de verificación de la eliminación

Discusión con moderador – Temas (15 min):

¿Cómo continuar con el control de la HTS cuando la transmisión de la FL está interrumpida?

DÍA 2: 11 de junio, sesión matutina

Programa de la Reunión de Gerentes 2012: "Voces desde el Terreno"

Sede: continuación

8:00 – 10:00 am

TEMA 4: Socios y colaboradores: perspectivas de la interrupción de la transmisión (Preside: L. Lloyd) (aproximadamente 6 min cada orador; 45 min total)

- IMA World Health –A. N. Direny
- Universidad de Notre Dame - L. Desir
- Departamento de Control de ETD de la OMS – K. Ichimori
- Centro de Apoyo, División de Enfermedades Parasitarias, Malaria y Filariasis, CDC (K. Won)
- Universidad de West Indies (D. Chadee)

- Discusión y recomendaciones (10 minutos)

TEMA 5: Actualización sobre la vigilancia de la FL en áreas con migración haitiana y retos de la migración interna en Haití (Preside: S. Nicholls) (60 min total)

Experiencia de la República Dominicana (M. González) (15 min)

Experiencia de Brasil (K. Fiorillo) (15 min)

Experiencia de Haití frente a la migración interna, perspectiva de las ONG (A. Direny) (15 min)

Guyana: perspectiva para el desarrollo de la vigilancia trinacional (Guyana, Suriname y Trinidad y Tobago) (R. Sagar) (15 min)

- Discusión (15 min)

10:00 – 10:15 am *Café*

10:15 am – 12:15 pm

TEMA 6: Cuestiones relacionadas con el manejo de la enfermedad. Discusión de los países y los asociados, y recomendaciones (Preside: S. Ault) (20 min total)

a. Necesidad de desarrollar un componente específico sobre el manejo de la enfermedad en los países endémicos, según las directrices de la OMS

b. Necesidad de identificar a una persona a cargo del manejo de la enfermedad a nivel nacional en los países endémicos (para linfoedema e hidrocele)

TEMA 7: Control y control integrado de vectores (Preside: L. Catalá) (20 min total)

- Control de vectores aplicado a programas para la FL y las ETD: actualización de las nuevas tecnologías y su uso en el terreno (D. Chadee) (10 min)

- Control integrado de vectores y control de vectores por el Centro Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles de la República Dominicana (M. González) (10 min)

TEMA 8: Actualización sobre los planes de acción integrados para el control y la eliminación de las EID (Preside: Dra. K. Ichimori) (30 min total)

Suriname: Plan de Acción Integrado para el Control y la Eliminación de las EID (L. Resida) (10 min).

Brasil: Plan de Acción Integrado para el Control y la Eliminación de las EID (K. Fiorillo) (10 min).

Guyana: Plan de Acción Integrado para el Control y la Eliminación de las EID (R. Sagar) (10 min).

TEMA 9: Información integrada sobre las EID: cobertura, presentación de informes de casos y distribución de medicamentos. El formato para el informe conjunto de datos de la OPS (JRF). (Preside: M. González) (30 min total)

- Integración de la revisión de las solicitudes de donaciones de medicamentos para las HTS y la SCH en las responsabilidades del GRP de la FL a partir de 2014 (S. Ault)
- Perspectiva del Departamento de Control de ETD de la OMS (K. Ichimori)
- Presentación del formulario de informe conjunto de la OPS/OMS (S. Nicholls)

TEMA 10: Situación del abastecimiento mundial de DEC: oportunidades de donación de DEC en América Latina y el Caribe (Preside: S. Ault) (10 min)

- K. Ichimori

TEMA 11: Situación de las donaciones de albendazol y previsión de las necesidades (Preside: S. Ault) (15 min) – M. Iwamoto y T. Duric

TEMA 12: Ciencias biosociales: contribuciones al control y la erradicación de las enfermedades tropicales (Preside: S. Ault) (10 min) – L. Lloyd

12:45 – 13:00 pm

Agradecimientos y clausura de la reunión de gerentes programas.

1:00 – 2:00 pm *Almuerzo*