

15.^a REUNIÓN INTERAMERICANA A NIVEL MINISTERIAL EN SALUD Y AGRICULTURA

Rio de Janeiro, R.J., Brasil, 11-12 de junio de 2008

Agricultura y Salud: Alianza por la Equidad y Desarrollo Rural en las Américas

Punto 6.11 del programa provisional

RIMSA15/6.11 (Esp.)
27 Mayo 2008
ORIGINAL: ESPAÑOL

Equidad para Atención de la Salud: Enfermedades Postergadas en Poblaciones Olvidadas

*Dra. Caroline Chang Campos
Ministra de Salud Pública de Ecuador*

RESUMEM

Los cambios demográficos, ambientales, la globalización, así como las consecuencias sociales y económicas que éstos traen consigo, nos conducen a nuevos desafíos: las enfermedades emergentes, de las cuales el 75% son zoonosis, y la agenda inconclusa de las enfermedades infecciosas humanas desatendidas que han resurgido y que afectan especialmente a las poblaciones menos favorecidas y más vulnerables y comprometen el logro de los desafíos del Milenio de las Naciones Unidas (ODM).

Si bien en un contexto regional muchas de estas enfermedades aparecen como olvidadas, en el Ecuador las mismas están siendo atendidas de acuerdo a los últimos conocimientos científicos y siguiendo las recomendaciones realizadas por organismos internacionales especializados en el tema. Es un desafío el mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones postergadas, que son las más vulnerables a estas enfermedades, así como los aspectos relacionados con la información, educación y comunicación para el cambio de conductas. Continuar mejorando el acceso a los servicios de salud, la vigilancia epidemiológica con participación de la comunidad y el desarrollo de la capacidad diagnóstica de los laboratorios permitirá caracterizar mejor la situación de estas enfermedades y el impacto de las intervenciones.

La aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y su cumplimiento por los países se constituye en un importante instrumento para mejorar la capacidad de vigilancia y respuesta a éstas enfermedades y eventos, como base para garantizar la seguridad sanitaria global.

Las acciones de coordinación intersectorial que se deben considerar y reforzar para reducir la carga en las enfermedades postergadas incluyen:

- a) Fortalecer la coordinación entre los organismos de cooperación técnica de los sectores de salud y agricultura, con especial atención en las zonas rurales, productores de alimentos, asociación de consumidores y entidades representativas de los diferentes segmentos de la sociedad;
- b) desarrollar la capacidad de gestión organizacional, principalmente a nivel local.

I. Introducción

Los cambios demográficos, ambientales, la globalización, así como las consecuencias sociales y económicas que éstos traen consigo, nos conducen a nuevos desafíos: las enfermedades emergentes de las cuales el 75% son zoonosis y la agenda inconclusa de las infecciosas humanas desatendidas que han resurgido y que afectan especialmente a las poblaciones menos favorecidas y más vulnerables y comprometen el logro de los desafíos del Milenio de las Naciones Unidas (ODM).

Entre las zoonosis desatendidas están las siguientes: peste, fiebre amarilla, leptospirosis, brucelosis debida a *Brucella melitensis*, tuberculosis y brucelosis bovinas, encefalitis equinas, leishmaniasis, enfermedad de Chagas, equistosomiasis, cisticercosis, entre otras.

Se dice que las zoonosis están desatendidas porque, a excepción de la Peste y la Fiebre Amarilla que están sujetas a la notificación obligatoria en la mayoría de los países, generalmente afectan a los pobres, se desconocen o son poco conocidas y no se consideran un problema de salud pública. Sin embargo, cada día, miles de personas que viven en la pobreza enferman y/o mueren a causa de enfermedades prevenibles, a la vez que representan una importante carga financiera para el individuo, la familia, la comunidad, el país e incluso la región, ya que obstaculizan el desarrollo social y económico (Belotto, A.; Schneider, M.C.; Fernandes, D.; Leanes, F.L. y Genovese, M.A. Unidad de Salud Publica Veterinaria. OPS/OMS. 2006)

A. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ENFERMEDADES POSTERGADAS EN ECUADOR

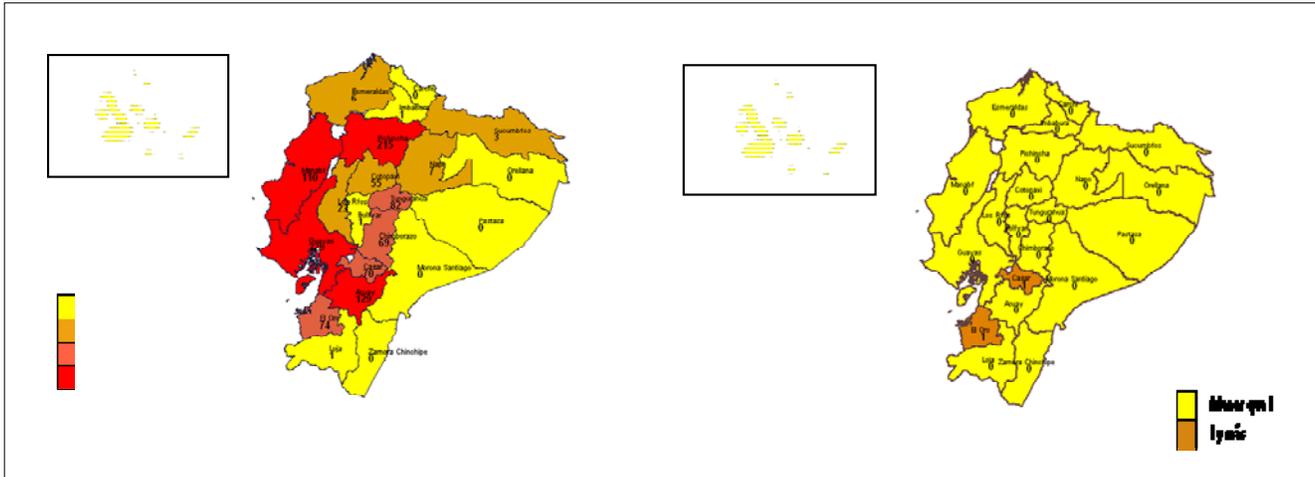
1. Rabia Humana y Canina

Desde 1941, año en el que se notificó el primer caso de rabia, ésta se diseminó por todo el territorio ecuatoriano con excepción de las islas Galápagos, constituyéndose así en un problema de Salud Pública importante, en la década de los 90 el país ocupó los primeros lugares en la región en cuanto a incidencia de rabia canina y humana por la ocurrencia de severas epizootias que cobraron muchas vidas humanas.

En 1996 se vivió la más severa epizootia seguida de una epidemia en la que murieron 65 personas. A partir de entonces, se elaboró el “Plan de Eliminación de la Rabia Urbana en el Ecuador”, enmarcado en el “Plan de Eliminación de la Rabia Urbana en las Américas” que tiene como estrategia principal la realización de campañas nacionales de vacunación canina en cortos períodos con coberturas superiores al 75, 85 y 95% de acuerdo al riesgo correspondiente para cada provincia, bajo, medio y alto respectivamente, unido al control de la población canina, fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, el control del 100% de los focos rábicos, el mejoramiento de la atención a las personas lesionadas, y participación comunitaria interinstitucional e intersectorial.

Como puede observarse en los mapas siguientes la incidencia de casos de rabia canina se ha reducido entre los años 1996 y 2005 (mapa 1), para los años 2006 y 2007 no se han reportado casos de rabia canina.

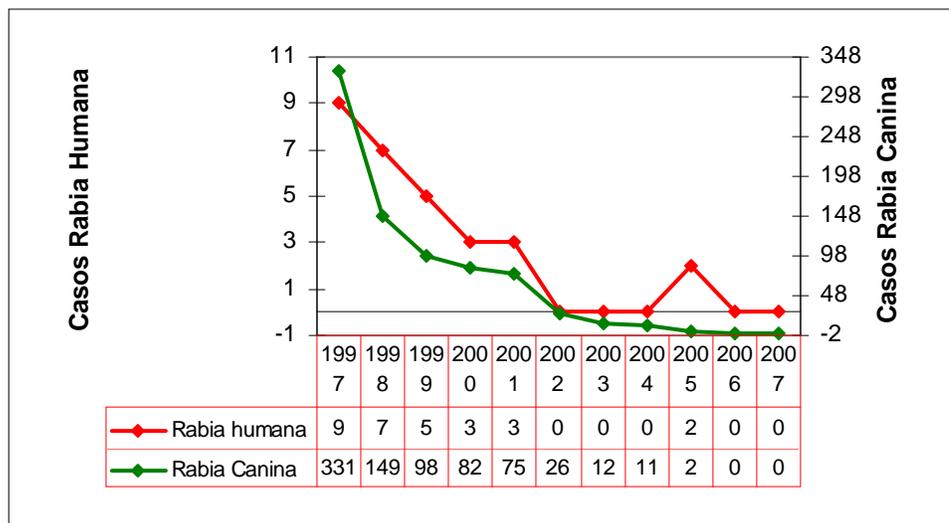
Mapa 1. Casos de rabia canina. Ecuador 1996 y 2005



Fuente: Situación de Salud del Ecuador, 2006.

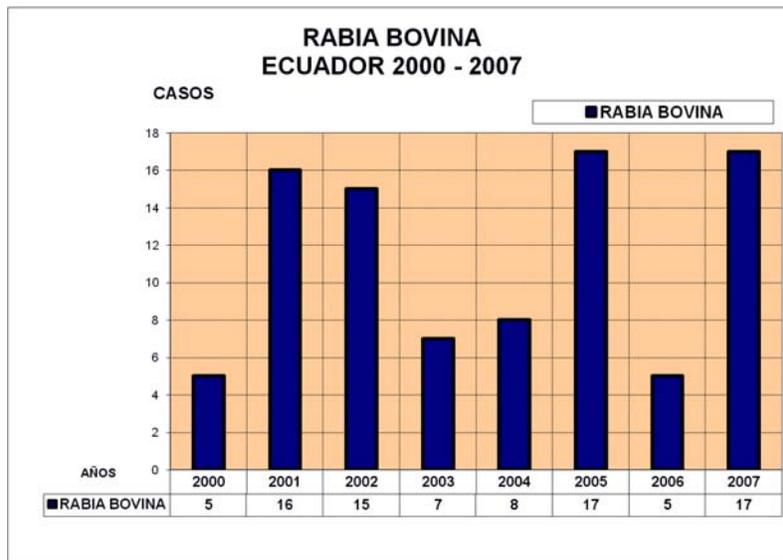
En relación a la rabia humana se logró disminuir de 65 casos humanos en 1996 a 9 en 1997, 7 en 1998, 5 en 1999, 3 en el 2000 y 2001 y ningún caso humano desde el 2002 al 2004. En la semana epidemiológica 28 del año 2005 se reportaron dos casos humanos en la provincia de Pastaza transmitida por murciélago, lo que puso de manifiesto un incremento del riesgo de rabia silvestre en las provincias amazónicas por las características ecológicas propias de la región. Se realizó el estudio de tipificación viral de las muestras y la vigilancia de las zonas de riesgo en coordinación con el Servicio Ecuatoriano de Salud Animal del Ministerio de Agricultura y Ganadería.

Gráfico 1. Casos de rabia humana y canina. Ecuador 1997 – 2007



Fuente: MSP Estadísticas Anuales de Vigilancia Epidemiológica 2008. Elaborado: MSP-VE

Si bien se ha controlado la rabia transmitida por perros, para el país constituye un problema la existencia de focos de rabia bovina, con un número importante de casos bovinos y el tratamiento del 100% de los contactos humanos (gráfico 2).

Gráfico 2. Casos de rabia bovina. Ecuador 2000 – 2007

Fuente: MSP Estadísticas Anuales de Vigilancia Epidemiológica 2008.

Las Acciones de Control

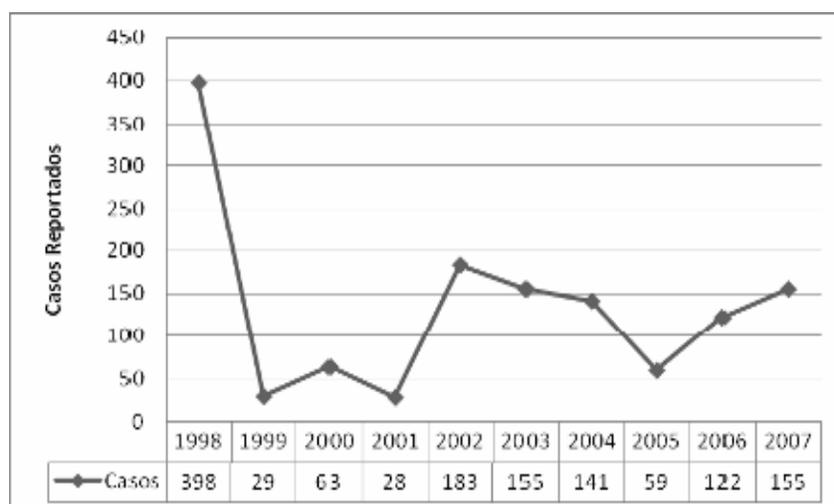
La vacunación canina, el control de la población canina, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, el mejoramiento de la atención a las personas agredidas y la participación comunitaria e intersectorial, sumadas a las campañas nacionales de vacunación canina y a la información, educación y comunicación a la población para que acuda a los servicios de salud en caso de lesiones por animales.

2. LEPTOSPIROSIS

En el año 1998 se registró el mayor número de casos de leptospirosis con 398 casos de los cuales 189 se presentaron en la provincia del Guayas y 190 en Manabí, en menor número en las provincias de Cañar, Pichincha, Los Ríos, Bolívar, Zamora y Napo. Durante el año 2003, se registró un brote en la provincia de Manabí, que aportó 140 casos (tasa de incidencia de 11,17/100.000 hab.) del total de 155 que se registraron en todo el país.

En los años 2004 y 2005 se mantuvo estable la incidencia de casos, los cuales se incrementaron nuevamente en el 2006 y 2007 con 122 y 155 casos respectivamente, los casos se presentaron en las provincias de El Oro, Guayas, Pastaza, Pichincha siendo la provincia de Manabí la que aportó el mayor número de casos (gráfico 3).

Gráfico 3. Casos de Leptospirosis. Ecuador 1998 – 2007



Fuente: MSP Estadísticas Anuales de Vigilancia Epidemiológica 2008.

Las Acciones de Control

Para mejorar el control de la Leptospirosis es necesario realizar estudios epidemiológicos que permitan aislar las variedades circulantes espacialmente en los focos endémicos y las fuentes de infección que generan el riesgo para la aparición de casos humanos, es necesario fortalecer la participación de las instituciones de salud pública y de veterinaria, lo que permitirá mejorar la detección y notificación oportuna de casos, instruir a la población sobre los modos de transmisión y sobre las medidas de protección, en los trabajadores con riesgo ocupacional implementar uso de guantes y botas, además el control de roedores.

3. LEISHMANIASIS

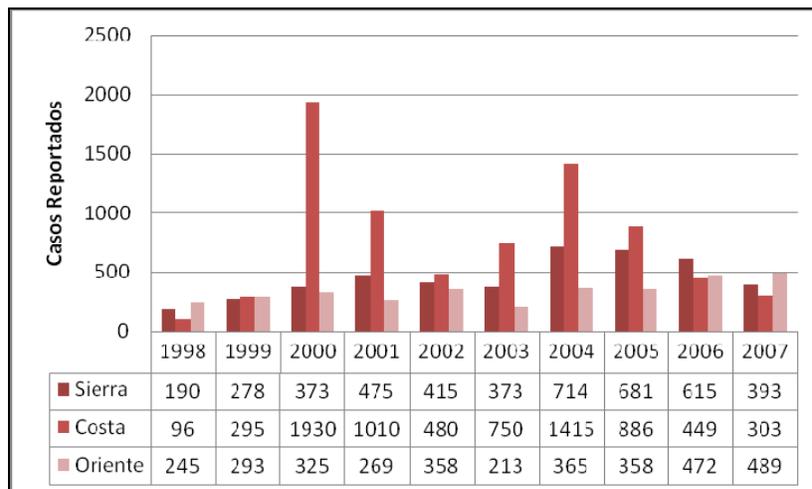
En el Ecuador no se ha encontrado o descrito hasta el momento la forma visceral, pero si la forma cutánea con sus diferentes variedades de presentaciones clínicas y sus complicaciones: mucosa recidivante y diseminada. En los valles andinos, con una altitud entre los 1200 a 2400 metros sobre el nivel del mar como: Paute, Alausí, Sibambe, Gualaceo, Huigra y Yunguilla, con presencia de vectores y reservorios diferentes, ocurren casos con una presentación clínica distinta a las otras regiones geográficas del país.

En el país esta parasitosis constituye un problema de salud pública, debido a su amplia distribución principalmente en el área rural de las regiones costa, sierra y oriente y es adquirida por los seres humanos al realizar ciertas actividades de trabajo, movimientos migratorios o de colonización en las áreas tropicales y subtropicales con la constitución de comunidades en zonas peri – boscosas o selváticas, donde existen mamíferos salvajes reservorios como el perezoso, el cuzumbo, ardilla gris, ardilla roja y el oso hormiguero; también se ha demostrado que la rata negra y el perro mestizo actúan como reservorios domésticos.

En adición, esta enfermedad origina sobre todo, gran impacto social en grupos económicamente deprimidos; en particular la forma cutánea – mucosa que origina graves lesiones destructivas deformantes que conducen al aislamiento social de los individuos y afecciones psicológicas.

El mayor número de casos se registra en la costa. Para el año 2007, aunque con menos casos (1185) que en años anteriores, la tendencia se mantuvo estable en los últimos cinco años. Las provincias más afectadas según número de casos son Pichincha con 242, Morona Santiago 183, Orellana 116, Esmeraldas 125, Sucumbíos 65 y Los Ríos e Imbabura con 63 cada una. Esta distribución coincide con la presencia de bosques tropicales y subtropicales que son los nichos ecológicos apropiados para la presencia del vector y reservorios (Gráfico 4).

Gráfico 4. Casos de Leishmaniasis cutánea por regiones. Ecuador 2000-2007



Fuente: Anuario de Enfermedades sujetas a Vigilancia Epidemiológica 2008– Subproceso de Epidemiología-MSP

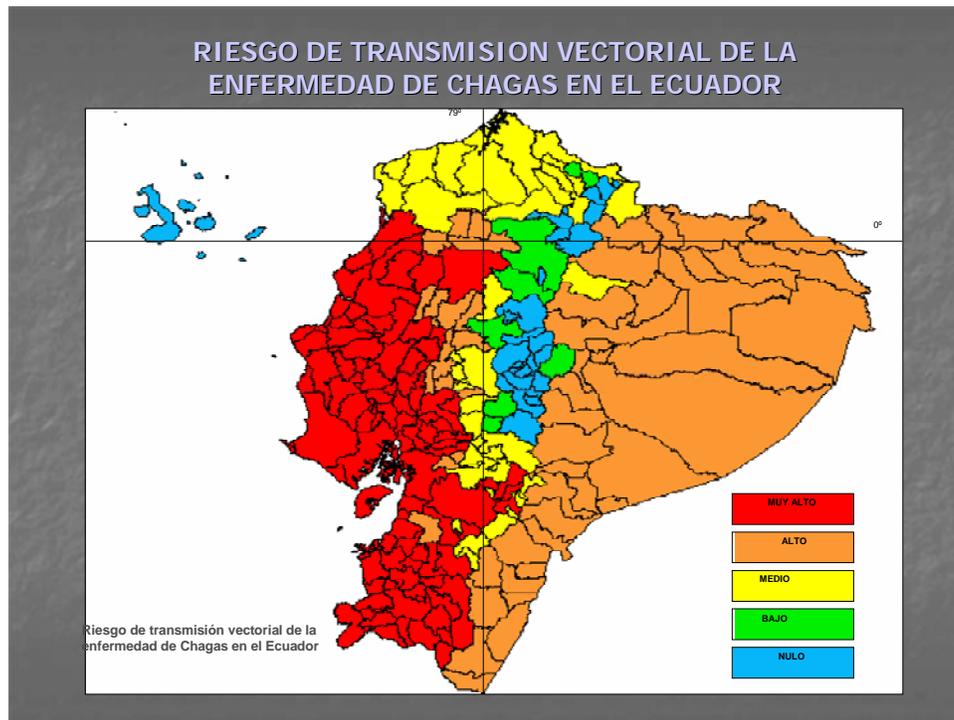
Las Acciones de Control

La leishmaniasis tiene un comportamiento endemo – epidémico lo cual significa que es necesario programar y ejecutar actividades orientadas a evitar la ocurrencia de epidemias en el país. Por lo tanto la vigilancia epidemiológica y el control de la leishmaniasis, deben estar orientados a la detección oportuna de casos; así como al estudio permanente de focos de transmisión que permitan tener información confiable para la implementación de acciones de prevención, control, seguimiento y evaluación de las mismas.

Como en la mayoría de las enfermedades, para la prevención y control de la Leishmaniasis es importante planificar y ejecutar programas integrales con participación intra e intersectorial, promoviendo aspectos educativos y la activa participación de la comunidad.

4. ENFERMEDAD DE CHAGAS

Las zonas de riesgo en el país abarcan 20 provincias y, alrededor de 3.5 millones de habitantes son vulnerables (Mapa 2) debido a las características de sus viviendas o a su situación económica (tabla 1).

Mapa 2. Riesgo de transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en el Ecuador. 2007

Fuente: Epidemiología Chagas-SNEM

Tabla 1. Riesgo de transmisión de la enfermedad de Chagas en Ecuador: consolidación de datos demográficos-socioeconómicos según estratos de riesgo por cantones.

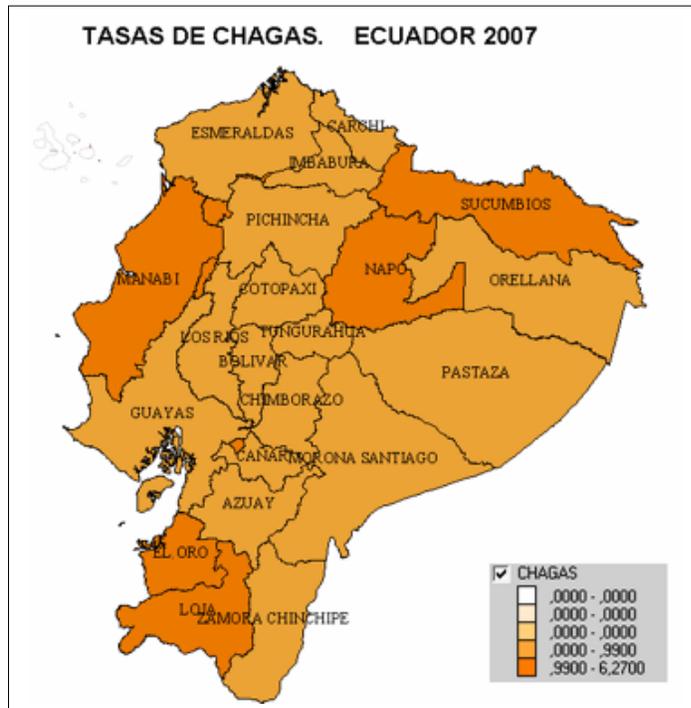
PAÍS*	Muy alto	Alto	Medio	Total
Número de cantones	94	53	36	183
Población	6 685 699	965 195	696 140	8 347 034
Población de zonas rurales	2 060 369	633 891	465 098	3 159 358
Población pobre	3 917 023	719 738	532 153	5 168 914
Número de viviendas	1 341 988	187 124	144 249	1 673 361
Viviendas deficitarias	961 352	170 878	125 696	1 257 926
Habitantes de viviendas deficitarias	4 842 633	882 300	605 347	6 330 280

Fuente: Situación de Salud del Ecuador, 2006.

Desde 1978 la enfermedad de Chagas se considera de notificación obligatoria en el Ecuador. A pesar de las debilidades en la detección activa, entre 1990 y 2007 se notificaron casos en 18 provincias del país. Sólo en cuatro provincias andinas (Carchi, Cotopaxi, Tungurahua y Chimborazo) y en Galápagos no se registraron casos. Las tasas de prevalencia oscilan en un rango de 0.17 a 0.27 por 100.000 habitantes con una tendencia al incremento de casos, cuyo aumento se explica por el mejoramiento de la notificación de casos probables y confirmados, así como por el reforzamiento de las acciones de control y vigilancia realizadas por el Programa Nacional de Chagas y personal de las unidades

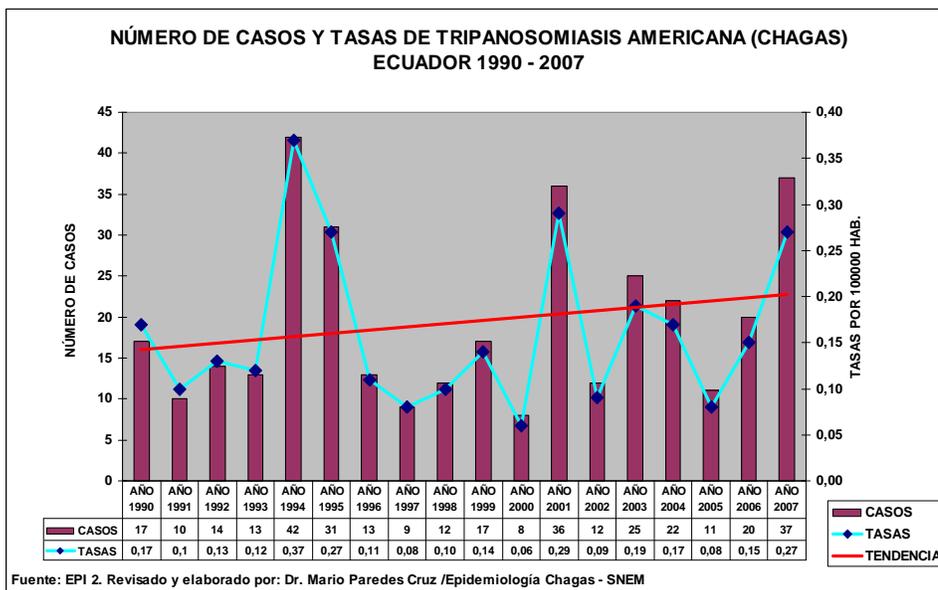
operativas del MSP. Las Provincias que presentan altas tasas de prevalencia son: Manabí, El Oro, Loja, Sucumbíos y Napo. Tasas medianas: Guayas, Los Ríos, Santo Domingo de los Tsachilas y Orellana.

Mapa 3. Tasas de enfermedad de Chagas Ecuador 2007



Fuente: Epidemiología Chagas-SNEM

Gráfico 5. Tendencia de los casos reportados y Tasa de tripanosomiasis americana (Chagas) Ecuador 1990-2007.



Fuente: Epidemiología Chagas-SNEM

Los datos de notificación no reflejan la magnitud y situación epidemiológica de la endemia, pero sirven como trazador de detección de la enfermedad por los servicios de salud.

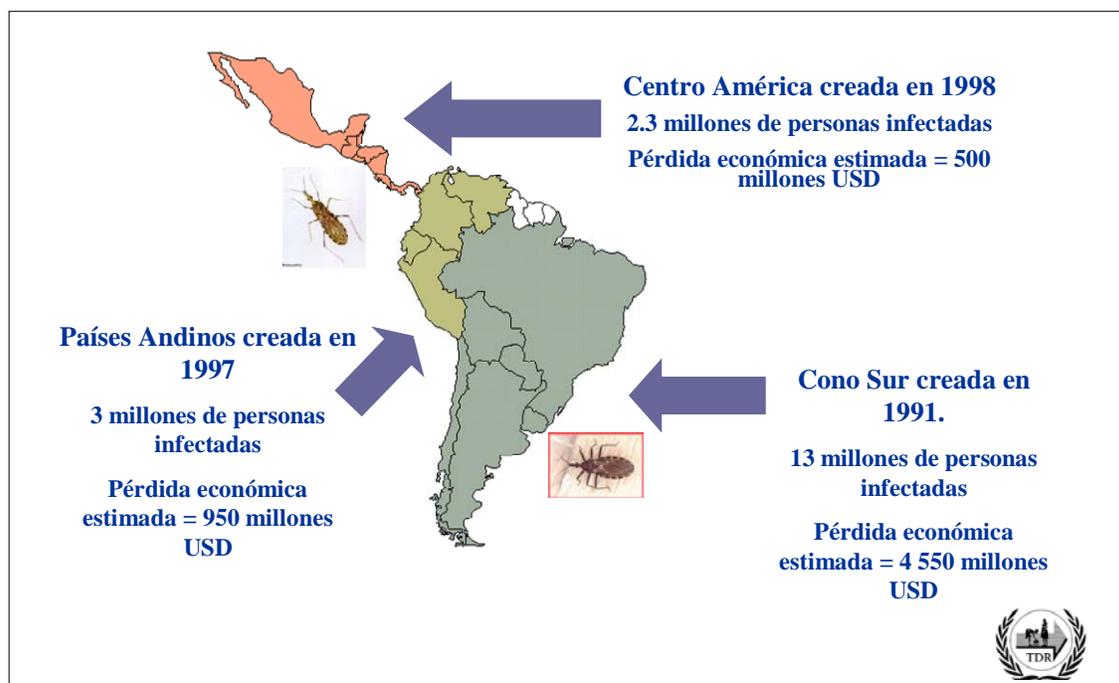
De acuerdo a estudios serológicos realizados en el país, se estima que la prevalencia de anticuerpos anti-T. cruzi en la población general del Ecuador es alrededor de 1.38 %, esto significa la presencia de aproximadamente 176.400 seropositivos.

En el año 2003, se realizó un estudio de seroprevalencia en la amazonía, se analizaron 7.000 muestras de sangre en las provincias de Sucumbíos, Orellana, Napo y Pastaza determinándose una seroprevalencia general de 2.4 %. (Grijalva et al 2003).

Las Acciones de Control

En 1997, el Ecuador se adhirió a la Iniciativa de los Países Andinos (IPA) para el control de la transmisión vectorial y transfusional de la Enfermedad de Chagas, impulsada por la OPS/OMS. También pertenece a la iniciativa de los países amazónicos (AMCHA).

Mapa 4. Iniciativas para la eliminación de triatomino domiciliados en las Américas.



El Ministerio de Salud Pública en el 2003 crea el Programa Nacional de Control y Vigilancia de la enfermedad de Chagas, siendo responsable del mismo el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM).

El citado programa se encuentra en fase de fortalecimiento, habiéndose ejecutado actividades periódicas de Vigilancia Epidemiológica y Entomológica, las que se vienen realizando en forma

sistemática en las provincias de mayor riesgo, como Manabí, Guayas, Los Ríos, El Oro, Santo Domingo de los Tsáchilas, Loja, Zamora, Sucumbíos y Orellana.

Las estrategias de prevención incluyen tres componentes: control de la transmisión vectorial, tamizaje de donaciones de sangre y atención a personas infectadas. Existe en el Ecuador la obligación legal de analizar la sangre de todas las donaciones para detectar la presencia de anticuerpos anti -T. cruzi.

Para el tamizaje de sangre se esta mejorando el control de calidad y la dotación de kits diagnósticos, equipamiento y reactivos.

El Programa de Control realiza actividades del control, monitoreo, evaluación, vigilancia epidemiológica y entomológica, realiza acciones integrales con impacto en otras enfermedades como el Dengue, Peste Bubónica y Malaria, etc. Además el Programa desarrolla un componente de información y educación a la población.

A partir del año 2006, con el propósito de fortalecer el control de la enfermedad, establece la estrategia de control de Chagas congénito, para lo cual realiza el tamizaje de la sangre de madres embarazadas con énfasis en las que provienen de áreas de riesgo, para tratar al niño. Para cumplir con esta estrategia, se dotó de equipos (lectores de ELISA, centrifugas, estufas, microscopios, pipetas automáticas, reactivos e insumos de laboratorio) a los hospitales provinciales de la amazonia (Sucumbíos, Orellana, Napo, Pastaza, Morona y Zamora) y de la costa (Manabí, Santo Domingo de los Tsachilas, Los Ríos, El Oro).

Además, la red de microscopistas del SNEM a nivel Nacional (237) ha recibido capacitación en el diagnostico parasitológico, reconociendo el T. cruzi. Muchos casos de Chagas agudo han sido notificados por los microscopistas del SNEM siendo tratados con Nifurtimox.

Actualmente se desarrolla un proyecto con apoyo de OPS y CIDA-Canadá en tres provincias (Manabí , El Oro y Loja), que incluye actividades de vigilancia, control de vectores y re-ordenamiento ambiental con participación de la comunidad. Se cuenta además con el apoyo del laboratorio de enfermedades infecciosas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Universidad de Ohio, Instituto de parasitología de la Universidad de Trujillo-Perú.

5. ONCOCERCOSIS

El país forma parte de la iniciativa regional representada por el Programa para Eliminación de Oncocercosis en las Américas OEPA, junto con otros cinco países de Latinoamérica, donde se propuso, según la resolución XIV del XXXV Consejo Directivo de la OPS en 1991, la misión de eliminar la oncocercosis como una amenaza a la salud pública de cuatro millones de personas en las Américas para el año 2007, mediante la implementación de programas efectivos, seguros y localmente sostenibles para la distribución de Mectizan ® en todas las localidades endémicas, dentro del marco de una estrategia regional coordinada, donde se estableció como cobertura mínima el 85% de la población elegible.

De acuerdo a los criterios de la OMS el país inició un ejercicio de certificación, y en una evaluación epidemiológica a profundidad en el 2004, se reportó “cero” de prevalencia de lesiones dérmicas por Onco en las comunidades del Río Santiago; igualmente se redujo a “cero” la presencia de nódulos oncocercóticos y microfilarias, en niños sin tratamiento previo, nacidos luego del inicio de la distribución del medicamento en las comunidades, lo cual fue un claro indicio de haber cortado la transmisión de la enfermedad en 7 años de tratamiento (la primera EEP fue en 1996). Además, en el

2004, los resultados de evaluación oftalmológica, como presencia de microfilarias en la cámara anterior del ojo y queratitis punteada fueron de “cero”, declarándose la eliminación de la morbilidad ocular por Oncocercosis en todos los focos. Por todo esto, en el 2005 se reconoce la evidencia de interrupción de la transmisión de casi todos los focos y Ecuador se constituye como candidato para la eliminación junto con México y Colombia.

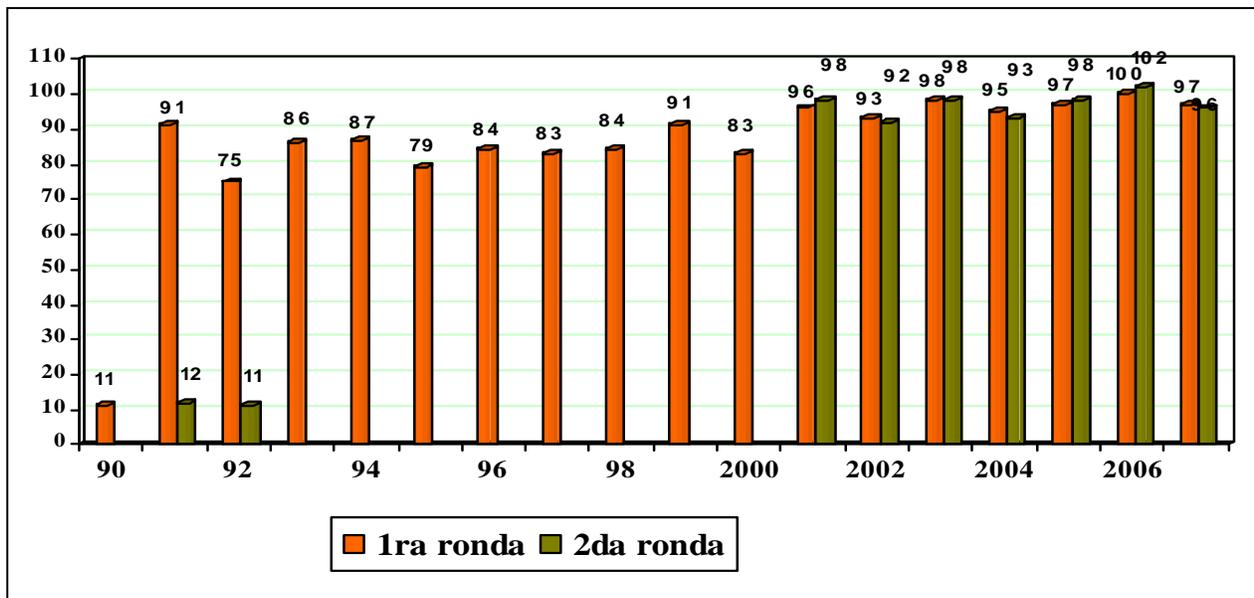
Para el año 2006 permanece un foco endémico localizado en la zona norte de la provincia de Esmeraldas, en la cuenca del río Santiago, formada por los ríos Cayapas, Santiago, Onzole y sus afluentes. Además, existen cinco focos satélites en la misma provincia, formados por la migración de la población indígena Chachi infectada con oncocercosis, desde el foco principal a las cabeceras de los ríos Tululví, Verde, Viche, Sucio y Canandé. Estudios parasitológicos y serológicos demostraron la presencia de oncocercosis en dos comunidades Tsachilas (Congoma y Chiguilpe) en la provincia de Santo Domingo de los Tsachilas. Pero correspondían a casos importados por migración y no autóctonos.

En el año 2007 se alcanzó el 96% de cobertura de distribución de Mectizan® en población elegible del foco principal (Cayapa, Onzole y Santiago) y en los focos satélites (Canandé, Sucio, Tululvi, Viche, Verde y Santo Domingo de los Tsachila), abarcando una población de 22.256 personas. Los últimos indicadores entomológicos también están en “cero” confirmando la detención de la transmisión.

También en el año 2007 el PCC (Program Coordinator Commite) recomendó al MSP de Ecuador ordenar la suspensión del tratamiento en 35 comunidades del río Santiago, al haberse evidenciado técnicamente, la eliminación de la transmisión.

Podemos decir entonces, que la Oncocercosis, que por muchos años fue una enfermedad relegada, que afectaba a dos etnias olvidadas, hoy está a punto de ser eliminada del Ecuador.

Gráfico 6. Evolución histórica de las coberturas de tratamiento con ivermectina. Ecuador 1990-2007.



6. PESTE

En la última década en el Ecuador se han reportado 17 casos en la provincia de Chimborazo, 16 de ellos mortales, la distribución geográfica de los mismos coincide con los focos naturales (tabla 2). Los brotes de Peste se han producido en población indígena vulnerable del Cantón Guamote, Provincia Chimborazo y han estado vinculados a condiciones de vivienda e higiene deficientes. Puede reaparecer cuando se producen inundaciones.

Tabla 2. Número de casos reportados y defunciones por Peste 1998-2008. Chimborazo-Ecuador.

Años	Número de Casos	Número de defunciones	Localidad
1998	13	12	Galte- Laime
1999	1	1	Santa Lucía Bravo
2004	2	2	San Pedro de Yacupamba
2008	1	1	Laime -San Carlos

Las Acciones de Control

Se han realizado medidas de control en el área endémica de peste en Chimborazo, sin embargo con la aparición del último caso en marzo del 2008, se ha elaborado un Plan integral para la prevención, control y vigilancia epidemiológica en el área de salud de Guamote. Este Plan Intersectorial está integrado por el Ministerio de Educación, la Escuela Politécnica del Chimborazo, el Ministerio de Vivienda, el Ministerio de Inclusión Social, Ministerio de Agricultura y Ganadería, el Consejo Provincial, el FISE, el Instituto de Higiene “Leopoldo Izquieta Pérez” y la Dirección Provincial de Salud del Chimborazo del MSP. Este Plan tiene como propósito mejorar las condiciones de vida de las personas en riesgo, y lograr cambios de conductas mediante el desarrollo de un componente de educación y comunicación. Además, se fortalecerán los laboratorios del Hospital de Guamote y del Instituto Nacional de Higiene (INH) en Riobamba para realizar de manera continua la vigilancia e investigación epidemiológica en animales y humanos.

7. FIEBRE AMARILLA

La fiebre Amarilla es una enfermedad de notificación internacional obligatoria inmediata por su potencial epidémico. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica, registró en 1997 un brote importante en la provincia de Pastaza con 31 casos; desde entonces y hasta el 2000 se notificaron casos aislados, a partir del 2001 no se han confirmado nuevos casos en el país.

Las Acciones de control

Con la situación epidemiológica presentada en los últimos tres años en los países ubicados al norte y sur del país, a partir de 1999 se implementaron las siguientes estrategias: se introdujo la vacuna antiamarílica en el esquema de vacunación del PAI, se desarrolló un plan de contingencia intensificándose la vacunación a la población vulnerable con lo cual se incrementó las coberturas en las

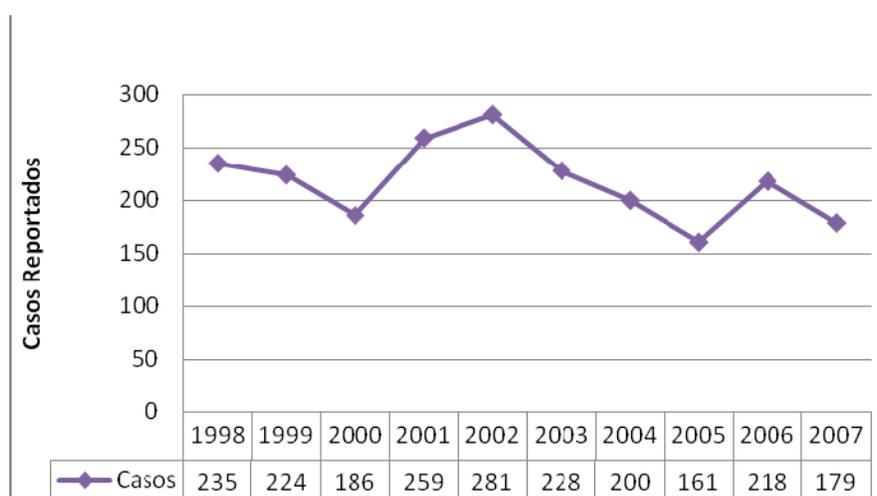
personas de uno y más años de edad. Como parte de la vigilancia epidemiológica se realiza la búsqueda activa de casos y se ha mejorado la capacidad de diagnóstico del laboratorio de referencia del INH, por la importancia que adquiere la confirmación por laboratorio de esta patología.

En el 2006 se intensificó el monitoreo rápido de las coberturas de vacunación urbanas y rurales en el oriente para alcanzar el 100% de la población de alto riesgo. Además, se aplicaron alrededor de cien mil dosis en Esmeraldas. En el año 2005 se aplicaron 320 971 dosis de vacunas en la provincia de Santo Domingo de los Tsachilas y durante el año 2006 un total de 1.082.512 dosis en la provincia de Manabí. Durante el año 2007 se procedió a la vacunación de las poblaciones de los cantones subtropicales de las provincias de la sierra, y en la provincia de Guayas se aplicaron 3.351.262 dosis. Se espera que la vigilancia centinela implementada permita mejorar la notificación del síndrome febril icterico hemorrágico agudo (SFIHA) que está relacionado con fiebre amarilla.

8. CISTICERCOSIS

En los años 2001-2002 se notificaron el mayor número de casos de la última década: 259 y 281 respectivamente; en el año 2006 se elevó el número de casos reportados con relación a los tres años anteriores, y en el 2007 se notificaron 179 casos mayoritariamente en la Sierra. (Gráfico. 5).

Gráfico7. Número de casos reportados de Cisticercosis. Ecuador 1998-2007.



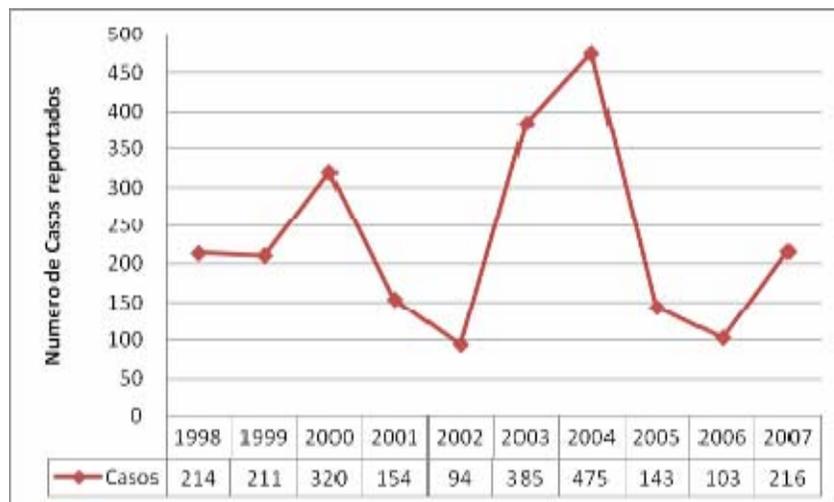
Fuente: Anuario de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica 2008. Sub-proceso de epidemiología, MSP.

9. TENIASIS

En los años 2003 y 2004 el número de casos notificados por el MSP fue de 385 y 475 respectivamente, el más alto en los últimos 10 años. En el año 2007, se registró un incremento en la notificación (216). Aunque se ha observado que el mayor número de casos se presenta en las provincias de la Sierra, en este último año fue la provincia de Sucumbíos (Amazonía) la que reportó el mayor número de casos (74).

La baja notificación de casos de esta patología se puede relacionar con el mejoramiento de las condiciones higiénicas en la crianza de los porcinos. Se ha planteado realizar mayor investigación, especialmente en las provincias endémicas (Gráfico.5)

Gráfico. 8 Número de casos reportados de Teniasis. Ecuador 1998-2007.



Fuente: Anuario de enfermedades bajo vigilancia epidemiológica 2008. Subproceso de Epidemiología. MSP

10. INFLUENZA

A partir de la ocurrencia de casos de influenza H5N1 en el Asia, la OPS/OMS alerta a los países sobre el riesgo de pandemia por mutación del virus H5N1 e insta a los países miembros a la elaboración de planes de contingencia.

El Ecuador está ubicado en las rutas de aves migratorias desde Norteamérica y tiene humedales que incrementan la vulnerabilidad. Ante la respuesta al riesgo se conformó un grupo de trabajo multidisciplinario del MSP y una Comisión Intersectorial con la participación de Salud, Agricultura, Ambiente y la empresa avícola y de agencias de cooperación OPS, FAO y USAID; el mismo elaboró el “Plan de Contingencia para enfrentar una Posible Pandemia de Influenza”.

Se implementó el sistema de vigilancia centinela para la determinación del virus de influenza humana circulante, se elaboró la “Guía para la vigilancia de ETI e IRAG” en base al Protocolo Genérico CDC”; se realizó un plan de capacitación que contempló la elaboración y difusión de material educativo, la capacitación a educadores, funcionarios provinciales sobre medidas de contención y el manejo de una respuesta rápida. También se ha incrementado la capacidad de diagnóstico de laboratorio. En estos momentos se trabaja en la publicación del manual de normas y procedimiento por fases.

Las enfermedades desatendidas en las poblaciones postergadas, con énfasis en las zoonosis, suponen un reto importante para el cumplimiento de los ODM y de los compromisos contraído por los países, los cuales se mantienen en la agenda inconclusa de Alma-Ata sobre atención primaria en salud (1978). Por otra parte el cumplimiento de los ODM supone un reto a mejorar las condiciones de vida y de salud de las poblaciones postergadas.

B. IDENTIFICAR LAS ENFERMEDADES POSTERGADAS QUE REQUIEREN ATENCIÓN MÁS URGENTE.

Si bien en un contexto regional muchas de las enfermedades antes mencionadas aparecen como enfermedades olvidadas, en el Ecuador estas enfermedades están siendo atendidas de acuerdo a los últimos conocimientos científicos y recomendaciones realizadas por organismos internacionales especializados en el tema. Es un desafío el mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones postergadas que son las más vulnerables a estas enfermedades así como los aspectos relacionados con la información, educación, y comunicación para el cambio de conductas. Continuar mejorando el acceso a los servicios de salud, la vigilancia epidemiológica con participación de la comunidad y el desarrollo de la capacidad diagnóstica de los laboratorios permitirá caracterizar mejor la situación de estas enfermedades y el impacto de las intervenciones.

Entre las enfermedades que requieren atención urgente internacional y nacionalmente está la influenza, pero como es conocida en el país, con el apoyo de los organismos internacionales de cooperación técnica ha dado y está dando toda la atención que requiere. Otra prioridad es la leptospirosis principalmente cuando ocurren desastres naturales por inundaciones.

La leishmaniasis requiere un mayor apoyo, el país ha iniciado un proceso de fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica con la recolección de información más detallada de los últimos cinco años, se está garantizando el acceso gratuito a los medicamentos para su tratamiento, y se está actualizando al personal de salud en el diagnóstico clínico y asignando fondos para llevar adelante un proyecto de fortalecimiento para el control y vigilancia de esta enfermedad. La asignación de recursos y la aplicación de medidas de control, las acciones de salud unidos a la implementación de planes de mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones vulnerables debe llevarnos a que deje de ser considerada a mediano plazo entre las enfermedades olvidadas.

Si bien en las enfermedades antes citadas hemos obtenido avances, el principal reto es sostener las acciones de prevención y control, el mejoramiento al acceso a la atención en salud y a los servicios de salud y gestionar la participación intersectorial para el mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones vulnerables.

Estamos expuestos a los efectos de la globalización, al riesgo de la urbanización desordenada, a los desastres naturales y al impacto del incremento del precio de los alimentos, por lo que la respuesta sanitaria debe responder también a esos retos.

La aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y su cumplimiento por los países se constituye en un importante instrumento para mejorar la capacidad de vigilancia y respuesta a éstas y otras enfermedades y eventos, como base para garantizar la seguridad sanitaria global.

Relacionar a las enfermedades postergadas con la promoción de la salud, cobertura de atención primaria, derechos humanos, protección social, equidad de género y salud indígena.

El Ecuador como muchos de los países de la Región de las Américas tiene un alto porcentaje de la población en niveles de pobreza y extrema pobreza, lo que constituye una de las causas más importantes para generar desigualdades en la situación de salud, en el acceso a los servicios públicos y a las condiciones de vida; añadido a esto, los graves efectos de la migración rural a centros urbanos, los

desastres naturales, la explosión poblacional y la presencia de enfermedades zoonóticas emergentes y reemergentes, entre otras, que afectan a los más pobres.

Los logros alcanzados en la Oncocercosis y Fiebre Amarilla en el Ecuador, nos muestra que implementando planes y programas integrales con participación intra e intersectorial, promoviendo aspectos educativos y de cambios de conductas y la activa participación de la comunidad se puede garantizar la sostenibilidad y el éxito en el control.

En estos planes se debe contemplar la extensión de cobertura, con la estrategia de atención primaria en salud, que debería ser un proyecto de la sociedad y no solamente de los gobiernos, por lo tanto la salud debe vincularse con proyectos y expectativas de las comunidades (Moreira, Tognoni, Narváez 2008).

Además, es necesario fortalecer la estructura de los servicios de salud e incrementar el personal entrenado como lo viene haciendo el Ministerio de Salud del Ecuador con la conformación de los equipos básicos de atención integral de salud (EBAS) que permitan la resolución de muchos de los problemas identificados principalmente en los grupos que se encuentran en niveles de pobreza y pobreza crítica; cumplir con el objetivo de universalidad y garantizar el derecho a la salud de las poblaciones de zonas rurales y urbano-marginales, a los grupos de las diferentes nacionalidades indígenas y afroecuatorianas, de poblaciones dispersas, de localidades fronterizas con alta migración y población refugiada, que constituyen los grupos más vulnerables para estas enfermedades. Estas acciones deben tener un seguimiento a mediano y largo plazo, tanto del problema como de las personas afectadas para alcanzar una real eficacia (Moreira, Tognoni, Narváez 2008).

Estos planes de extensión de cobertura, a más de garantizar el acceso a los servicios de salud, deberán permitir el acceso al tratamiento de estas enfermedades que debido a su reducida “prevalencia” permanecen marginadas. Otra medida importante tomada por el Gobierno Nacional es el incremento del presupuesto nacional de salud con el cual el gobierno del Ecuador ha sido coherente y lo que permitirá asegurar la prestación de servicios de salud integrales y dirigidos a reducir la morbi-mortalidad evitable.

Como ya se mencionó, todas las acciones que se implementen para el control y la eliminación de las enfermedades olvidadas deben ser procesos participativos multisectoriales que garanticen otro aspecto importante como es la sostenibilidad de estos planes.

C. ¿Qué políticas pueden liderar los Ministros de Salud y Agricultura para que se cumplan los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y la atención a las enfermedades olvidadas en grupos postergados?

El Ministerio de Salud y Agricultura para garantizar el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, en fuerte alianza deberán promover iniciativas para eliminar el hambre y reducir la pobreza. A través de la mejoría de la producción de alimentos de calidad, se puede aumentar la disponibilidad de proteína animal, el ingreso familiar, las ofertas de trabajo en el medio rural. Es importante entonces garantizar al país el acceso a la seguridad alimentaria así como a la cantidad suficiente de alimentos (nutrientes) que permitan obtener y mantener en toda la población niveles nutricionales adecuados y con mayor énfasis en aquellos grupos con menores recursos económicos y consecuentemente, mejorar las condiciones de vida y de salud de la población. Por otro lado, es importante fortalecer las actividades de investigación que permitan establecer grupos y factores de riesgo sobre los cuales se puedan realizar intervenciones para su reducción o su eliminación. Además, y como lo recomienda la

OPS es importante que todos aquellos logros alcanzados en temas de salud, nutrición y educación en el país sean protegidos para avanzar en este propósito.

¿Qué acciones de coordinación intersectorial se deben considerar y reforzar?

- Fortalecer la coordinación entre los organismos de cooperación técnica de los sectores de salud y agricultura, con especial atención en las zonas rurales.
- Consolidar las alianzas existentes entre el sector público y el privado a través de las asociaciones de ganaderos, productores de alimentos, asociación de consumidores y otros; establecer nuevas alianzas con las entidades representativas de los diversos segmentos de la sociedad, para el ejercicio de la responsabilidad compartida.
- Incrementar el trabajo conjunto con los centros colaboradores de la OMS/OPS, universidades e instituciones de investigación.
- Poner en acción las decisiones políticas de los foros regionales, con el apoyo político de los Estados Miembros.
- Desarrollar la capacidad de gestión organizacional principalmente a nivel local.
- Revisar los sistemas de información y vigilancia epidemiológica e incrementar el análisis y el uso de esas informaciones.
- Implementar y/o fortalecer sistemas de monitoreo y evaluación de las políticas, planes y programas.
- Desarrollar estrategias de comunicación social para las iniciativas nacional, regional y local.