

VERSIÓN PRELIMINAR

Reunión Regional sobre Hepatitis Virales

**Bogotá, Colombia
Marzo 1 y 2 del 2012**

ÍNDICE

Abreviaturas	3
Antecedentes	4
Estructura del informe	5
Sesión inaugural	5
Sesión 1: Programa mundial de la OMS contra la hepatitis. Sylvie Briand, OMS	6
Sesión 2: La hepatitis viral en los países de América Latina y el Caribe: análisis de la situación general	6
Situación actual de las hepatitis virales en América Latina y el Caribe, y estimaciones mundiales. Luis G. Castellanos, OPS/OPS	6
Trabajo colaborativo de la OPS en hepatitis virales (parte1)	7
Inmunizaciones. Alba M. Roper, OPS/OMS	7
Bancos de sangre. José R. Cruz, OPS/OMS	7
Discusión sesiones 1 y 2	8
Sesión 3: Marco de referencia de las hepatitis virales de la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH). Janet H. Roberts y Allison Marshall, CSIH	9
Sesión 4: Marco de referencia de las hepatitis virales de la División de Hepatitis del CDC	10
Estrategia nacional para el control de las hepatitis virales en EE.UU. Monina Kleven, División de Hepatitis del CDC	10
Colaboraciones internacionales para el control global de las hepatitis. Francisco Averhoff, División de Hepatitis del CDC	11
Sesión 5: Alianza Mundial contra las Hepatitis (WHA). Raquel José, WHA	11
Discusión sesiones 3, 4 y 5	12
Sesión 6: Argentina. La vigilancia, prevención y control de las hepatitis virales: lecciones aprendidas en hepatitis. Analiza Rearte, Ministerio de Salud de Argentina	12
Sesión 7: Cuba. La vigilancia, prevención y control de las hepatitis virales: lecciones aprendidas en hepatitis B. Maira Fontes Reyes, Ministerio de Salud Pública de Cuba.	13
Discusión sesiones 6 y 7	14
Sesión 8: Mesa redonda, análisis de situación de las hepatitis virales y lecciones aprendidas	15
Brasil. Jorge Eurico Ribeiro, Ministerio de Salud de Brasil	15
Colombia. Rubén Robayo, Instituto Nacional de Salud de Colombia	15
Honduras. Efraín Bú Figueroa, Hospital Escuela	16
Jamaica. Sonia Copeland, Ministerio de Salud de Jamaica	17
Perú. Cesar Cabezas, Instituto Nacional de Perú	18
Palabras de clausura y conclusiones del primer día. Luis G. Castellanos, OPS/OMS	19
Sesión 9. Evaluación basada en modelos de las estrategias de intervención contra la hepatitis C. HlahlaThein (Rosie), Universidad de Toronto	19
Sesión 10: Trabajo colaborativo de la OPS en hepatitis virales (Parte 2)	20
Coinfección de las hepatitis virales y el VIH. Rafael Mazín, OPS/OMS	20
Hepatitis virales y salud ocupacional. Julietta Rodríguez, OPS/OMS	21

Sesión 11. Revisión de la propuesta de hepatitis virales del grupo de trabajo de la OPS. Luis G. Castellanos, OPS/OMS	22
Sesión 12. Grupos de trabajo. Fase 1, establecimiento de una estrategia de hepatitis virales para América Latina y el Caribe	22
Sesión 13. Planificación del Día Mundial contra la hepatitis para el 2012 en América Latina y el Caribe. Sylvie Briand, OMS; Raquel José, WHA; y Janet Roberts, CSIH.	23
Sesión 14. Grupos de Trabajo. Fase 2, establecimiento de propuestas de planes de trabajo nacionales y selección de prioridades para América Latina y el Caribe	24
Conclusiones y recomendaciones	25
Anexos	28
Anexo I. Resolución WHA 63.18	28
Anexo II. Documento de concepto	32
Anexo III. Agenda de la reunión	48
Anexo IV. Lista de participantes	51
Anexo V. Ejes estratégicos de la OMS para hepatitis virales	61

ABREVIATURAS

ALC	América Latina y el Caribe
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CSIH	Canadian Society for International Health
EEUU	Estados Unidos
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
GAT	Grupo Asesor Técnico
GT	Grupo de Trabajo
HV	Hepatitis virales
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEMAR	Poblaciones en mayor riesgo
PCR	“Polymerase Chain Reaction”
SIDA	Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida
VHA	Virus de la hepatitis A
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VHD	Virus de la hepatitis D
VHE	Virus de la hepatitis E
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
WHA	Alianza Mundial contra las Hepatitis

VERSIÓN PRELIMINAR

ANTECEDENTES

Las hepatitis virales, causa de enfermedad aguda o crónica del hígado, son un problema de salud pública a nivel mundial. De los cinco tipos de virus de hepatitis existentes (A, B, C, D y E), se estima que el virus de la hepatitis B y C (VHB y VHC) por si solos son responsables del 2,7% de muertes a nivel mundial. Se estima también que a nivel mundial el 57% de los casos de cirrosis hepática y el 78% de los casos de cáncer primario de hígado son debidos a los VHB y VHC. Asimismo, la infección del virus de la hepatitis D (VHD), que solo puede ocurrir en individuos infectados por el VHB, agrava la condición de los enfermos. Por otro lado, el virus de la hepatitis A (VHA) es una causa significativa de morbilidad a nivel mundial y el virus de la hepatitis E una causa emergente de infección en el mundo y cada vez más, responsable de múltiples brotes.

A nivel de la Región de las Américas, la información disponible sobre el estado de las hepatitis es limitada y aunque, en los últimos años se han implementado con éxito los programas de vacunación para el VHB; y se han realizado esfuerzos para prevenir la transmisión de estos virus en las donaciones de los bancos de sangre, todavía se identifica la necesidad de realizar un enfoque integrado para el control y la prevención de las hepatitis virales en la Región y en cada uno de los países y territorios.

Consciente del problema de las hepatitis, en mayo de 2010, la 63ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA 63.18 en la que designa el 28 de julio como el Día Mundial contra la Hepatitis y pide acción inmediata para la prevención y el control de las hepatitis virales a nivel mundial, usando un enfoque integrado (Anexo I). Como resultado de esta resolución, en los dos últimos años la OMS ha creado una estrategia basada en cuatro ejes técnicos para atender el problema de las hepatitis. Asimismo la OMS conmemoró por primera vez, el 28 de julio de 2011 como el primer Día Mundial contra la Hepatitis. En este momento, la OMS está actualizando los cálculos de carga de la enfermedad e investigando y documentando medidas de prevención y control rentables basadas en la evidencia. Entre estas medidas se incluyen la formulación de directrices generales para el tamizaje, atención y tratamiento de las hepatitis.

En respuesta a la resolución WHA 63.18 y como Oficina Regional de la OMS en la Región de las Américas, la OPS respondió inmediatamente, tomando decisiones y dando pasos en el proceso. El primero y más importante, fue la creación de un grupo de trabajo (GT) inter-programático en hepatitis virales, para maximizar y fortalecer los esfuerzos institucionales que aborden tan importante problema de salud pública. Dicho GT fue establecido oficialmente el 29 de julio de 2011 y las siguientes áreas de la OPS y proyectos técnicos (representados por uno o más profesionales) fueron invitados a participar:

- Salud Familiar y Comunitaria (FCH)
 - Inmunizaciones (FCH/IM)
 - VIH e ITS (FCH/HI)
- Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud (HSS)
 - Medicamentos y tecnologías sanitarias (HSS/MT)
- Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE)

- Riesgos ambientales y ocupacionales (SDE/ER)
- Gestiones del conocimiento y comunicación (KMC)
- Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades (HSD)
 - Enfermedades transmisibles (HSD/CD)
 - Reglamento Sanitario Internacional, Alerta y Respuesta (HSD/IR)

Entre las tareas iniciales, el GT desarrolló un paquete básico de herramientas de información y comunicación, distribuido en todas las representaciones de la OPS en los países para la preparación y conmemoración del Día Mundial contra la Hepatitis en 2011. Seguidamente el GT también desarrollo un documento de concepto para el abordaje del problema de las hepatitis en la Región. Con el fin de fortalecer las colaboraciones y promover un enfoque integrado, en noviembre de 2011, la OPS organizó una reunión que contó con la participación de dos socios externos, la División de Hepatitis Virales del CDC y la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH). Ambos socios expresaron su apoyo e interés en colaborar con la OPS. Un borrador del documento de concepto fue discutido y revisado durante la reunión para recibir asesoramiento y opinión externa.

Para facilitar una participación activa de los Estados Miembros, discutir el documento de concepto (Anexo II) y determinar las prioridades de la Región, la OPS organizó, con el apoyo de la OMS, la CSIH, el CDC y la Alianza Mundial contra las Hepatitis, una reunión. La misma se celebró en Bogotá, Colombia, los días 1 y 2 de marzo de 2012 y fue considerada la primera Reunión Regional sobre Hepatitis Virales realizada en América Latina y el Caribe (ALC). En este evento, se basó en la definición de los siguientes objetivos:

- Analizar la situación actual de las hepatitis virales en la Región
- Discutir la propuesta de trabajo de la OPS/OMS sobre las hepatitis virales.
- Determinar las prioridades regionales de colaboración.

ESTRUCTURA DEL INFORME

Este informe de la Reunión Regional sobre Hepatitis Virales, realizada en Bogotá, Colombia, el 1 y el 2 de marzo de 2012, se ha estructurado siguiendo el orden de la agenda de la reunión (Anexo III). La agenda presenta una serie de actividades, cada una de ellas presentada en este documento como una sección, incluyendo los aspectos y discusiones principales. La última sección del informe corresponde a un resumen de conclusiones y recomendaciones extraídas en la reunión.

SESIÓN INAUGURAL

La sesión inaugural contó con la presencia de un representante de la Oficina de la OPS/OMS en Colombia, el Dr. Guillermo Guibovich, también estuvo presente la subdirectora de Control y Vigilancia del Instituto Nacional de Salud en Colombia, la Dra. Danik Valera, y el coordinador del área de Control y Vigilancia de Enfermedades Transmisibles de la OPS/OMS, el Dr. Luis G. Castellanos.

En esta sesión se mencionaron los objetivos y metodología de la reunión. Se agradeció la participación de la OMS, la OPS, los socios externos (CDC, CSIH y WHA), y sobretodo de los países (Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Honduras, Jamaica, Perú), destacando la importancia

de sus opiniones y sugerencias para hacer de la reunión un evento productivo y exitoso. Cada uno de los participantes de la reunión se presentó brevemente (Anexo IV).

Colombia, como país anfitrión, comentó que actualmente se están realizando esfuerzos en todo el país para fortalecer los niveles de cobertura de vacunación contra el VHB y que se espera también la introducción de la vacuna contra el VHA en todo el país a lo largo de 2012 (hasta el momento la vacuna solo se ha introducido en la capital del país).

SESIÓN 1: PROGRAMA MUNDIAL DE LA OMS CONTRA LA HEPATITIS. Sylvie Briand, OMS.

Se hizo una descripción introductoria sobre los distintos tipos de virus de las hepatitis, su distribución a nivel mundial, sus formas de transmisión, presentación clínica, herramientas de control y prevención. Entre estos aspectos, se resaltó la dificultad de abordar las hepatitis como un problema de salud pública puesto que no existe un solo virus, vía de transmisión o forma de enfermedad. Se trata de un tema complejo. Otro aspecto que se destacó fue la preocupación por el elevado número de pacientes crónicos para el VHB y el VHC a nivel mundial y la relación de ambas infecciones con los casos de cirrosis y hepatocarcinoma.

Se revisaron la estrategia y el cronograma adoptados por la OMS para el abordaje y atención de la hepatitis, destacando que el objetivo es reducir la transmisión, la morbilidad, la mortalidad y el gasto económico ocasionado por las hepatitis. Se mencionó que la estrategia de la OMS esta dividida en 4 ejes principales, cada uno de ellos con actividades específicas (Anexo V). Se comentó que actualmente la OMS está realizando consultas para la elaboración de guías de tratamiento, y guías para la vacunación de usuarios de drogas inyectables.

Finalmente, se presentaron nuevas estimaciones de la OMS para las hepatitis. Se destacaron las estimaciones globales para el VHA y el VHE, puesto que son datos muy recientes que hasta ahora no se habían calculado.

SESION 2: LA HEPATITIS VIRAL EN LOS PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE: ANALISIS DE LA SITUACION GENERAL.

Situación actual de las hepatitis virales en América Latina y el Caribe. Luis G. Castellanos, OMS/OPS.

Se revisaron la situación epidemiológica y las necesidades principales para cada tipo de hepatitis en la Región. Se recalcó que uno de los mayores avances en hepatitis en la Región fue la introducción universal de la vacuna contra el VHB. Sin embargo, se comentó que la Región todavía debe realizar esfuerzos importantes para el control de la hepatitis C, puesto que se calcula que hay entre 7 y 9 millones de infectados que, en la mayoría de casos no disponen de tratamiento. Otro aspecto relevante para los VHB y VHC es el seguimiento y tratamiento de los pacientes diferidos en los servicios de donación y bancos de sangre por ser positivos para el VHB o VHC, o presentar factores de riesgo para estos virus.

Se destacó también la importancia del VHD en la Región, puesto que, siendo una infección que solamente ocurre en pacientes previamente infectados con VHB, afecta de forma muy particular a la población indígena de la región amazónica. Se recalcó la necesidad de obtener más información y determinar formas adecuadas de manejo de estos casos.

Se comentó la diversidad de prevalencia del VHA entre las subregiones de ALC y dentro de los países así como la escasa caracterización Regional a nivel del VHE.

Se explicó que, con el objetivo de adaptar la WHA 63.18 a la Región de ALC, la OPS creó un GT que incluye varias áreas técnicas de la Organización. Hasta el momento el GT ha elaborado un paquete de herramientas para el Día Mundial contra la Hepatitis y está desarrollando un documento de concepto para el plan de acción que fue objetivo de revisión y discusión durante la presente reunión.

Las conclusiones de esta presentación fueron que, en la Región, se detectan las siguientes necesidades para el abordaje de las hepatitis: ampliación de la información a nivel Regional; fortalecimiento de los sistemas de diagnóstico, seguimiento y tratamiento y; mejora de las medidas de control y prevención.

Trabajo colaborativo de la OPS en hepatitis virales (parte1).

Inmunizaciones. Alba M. Roper, OPS/OMS.

Se revisó el trabajo de la Organización relacionado con la introducción de las vacunas contra las hepatitis en ALC. Para el VHB, se comentó que no se habló de introducción en la Región hasta 1990. Sin embargo, debido al alto costo de la vacuna, sólo se recomendó su introducción en las áreas de alta endemicidad y para los trabajadores de la salud. Fue hasta el año 1999 cuando se recomendó su uso universal. En la actualidad, todos los países de ALC disponen de esta vacuna en sus programas de vacunación a excepción de Haití que se prevé pueda introducirla durante este año 2012.

Entre 1999 y 2011 no se abordó el tema de las hepatitis con fuerza. Sin embargo, en la Reunión del Grupo Asesor Técnico (GAT) de Inmunizaciones de la OPS, celebrada en Argentina en 2011, se recomendó introducir la dosis de vacunación contra el VHB en recién nacidos (introducida ya en 13 países) y la realización de estudios epidemiológicos y de coste-efectividad para evaluar la introducción de la vacuna contra el VHA (introducida ya en Argentina, Panamá y Uruguay). Se mencionó la experiencia exitosa de la introducción de la vacuna monodosis (dosis única), contra el VHA en Argentina.

Como aspectos relevantes para la Región, se comentó la necesidad de asegurar que los esfuerzos que se realizan para la vacunación contra el VHB se mantengan y se cubran aquellos grupos de edad y población que a pesar de la introducción de la vacuna siguen desprotegidos. Se comentó que a nivel local (dentro del mismo país), existen diferencias en los niveles de cobertura de vacunación. Se menciona que este es un aspecto importante a tomar en cuenta.

Finalmente, se habló de considerar la posibilidad de eliminar la hepatitis B en las Américas y la necesidad de un enfoque integral si se decide hacerlo. Se citó como ejemplo de enfoque integrado la experiencia de Cuba y la importancia de documentar las experiencias exitosas en la Región.

Bancos de sangre. José R. Cruz, consultor temporal OPS/OMS.

Se comentó que en la Región hay brechas de información, diagnóstico, tratamiento y seguimiento para las hepatitis y que la ayuda que los bancos de sangre pueden ofrecer en relación a estos aspectos, es la detección y derivación de casos o sospechosos en el proceso de selección de los donantes.

Se recordó que como los donantes de sangre suelen ser personas sanas y adultas (mayoritariamente personas que se ofrecen a donar sangre para familiares y amigos o

voluntarios), los estimados obtenidos en los bancos de sangre pueden subestimar los valores de infección y enfermedad, incluyendo las poblaciones de riesgo.

Se destacó que en el reclutamiento de donantes hay dos momentos claves para el tamizaje: la entrevista y el diagnóstico. Ambos pueden servir para detectar posibles infectados de hepatitis. Se explicó que en 2009, más de 11 millones en ALC se ofrecieron a donar sangre, y de estos, 2 millones fueron diferidos representando más de 500,000 individuos con alto riesgo de VHB, VHC o VIH. La mayoría de los donantes diferidos no fueron derivados para ser diagnosticados ni tratados, perdiéndose la oportunidad de ofrecerles atención sanitaria y obtener información.

Se enfatizó la necesidad de crear sistemas de referencia para los donantes diferidos y tratamiento de los encontrados positivos en el tamizaje. Se subrayó también la oportunidad de usar la información obtenida en los bancos de sangre para avanzar en diversos temas de investigación.

Otro dato que se subrayó fue la eficacia del tamizaje como herramienta de prevención, en 2009 en ALC el tamizaje de sangre evitó casi en un 100% la transmisión del VHB y el VHC en los bancos de sangre.

Se destacaron dos artículos recientes. Uno en Brasil que muestra como los donantes de repetición no suelen presentar alto riesgo de infección mientras que aproximadamente el 40% de los de primera vez suelen tener conductas de riesgo. El otro de EE.UU., que muestra que en 2007 las muertes por el VHC fueron superiores a las del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Finalmente, se mencionó la importancia de diferenciar entre la interpretación de datos regionales, que dan una visión de conjunto de la situación, y datos nacionales o locales, que pueden revelar brechas o detalles específicos de un lugar.

DISCUSIÓN SESIONES 1 Y 2

- Cuba comentó que, desde 1990, el tamizaje del VHB y el VHC en los donantes de sangre utiliza un sistema digitalizado; mismo que en 24 horas comunica los resultados del paciente para ser avisado y atendido por su médico de cabecera en un máximo de 72 horas. Una vez con el médico del cabecera, se repite el diagnóstico y si el paciente resulta ser positivo se le refiere a servicios especializados. Paralelamente se busca la causa de la infección y los contactos del paciente y se les proporciona educación sanitaria como una forma de intentar evitar la propagación de la infección.
- Honduras comentó que en su caso, la información de casos infectados por el VHB y el VHC se obtiene a través de la Cruz Roja y otras organizaciones no gubernamentales (ONGs). El seguimiento de los infectados se realiza sobre las bases individuales de los profesionales, y no existe ninguna metodología sistematizada a nivel de país.
- Se comentó acerca de la importancia de la atención primaria y se cuestionó cual es el papel que podría jugar dicho nivel de atención en el proceso de búsqueda de información, educación, tratamiento y cobertura integrada de las hepatitis virales de la Región. Actualmente, en algunos países de ALC los pacientes infectados solo tienen posibilidad de dirigirse a los hospitales de nivel terciario.

- Perú informó que no tiene un sistema para la derivación y seguimiento de pacientes diferidos o positivos identificados en los bancos de sangre. El país destacó que para la introducción de medidas como la vacuna contra el VHA, hay limitaciones económicas significativas que les han impedido avanzar. Es una discusión sobre la necesidad de invertir el presupuesto en la realización de los estudios de coste-efectividad o de comprar directamente la vacuna si hacer dichos estudios previos. Otra limitación que Perú encuentra en el abordaje de las hepatitis, es el elevado costo del tratamiento (¿como se cubre y quien lo paga?).
- En respuesta al comentario de Perú (estudios de costo efectividad contra la vacuna del VHA) se explicó que existen estudios en otros países de ALC. Se indicó que un aspecto relevante es comparar el costo de la vacuna con el costo de los trasplantes debidos al VHA en el país. Esta información fue principal para la toma de decisiones en Colombia. En Argentina, donde el 60% de los trasplantes en niños menores de 6 años eran debidos al VHA, el uso de la vacuna ha resultado altamente efectivo.
- Se aclaró que el fondo rotatorio de la OPS, es el mecanismo de compras que la Organización utiliza para las compras conjuntas de vacunas para los países. En cambio, el fondo estratégico es el mecanismo de compras creado (posteriormente), para la compra de otros insumos de salud, que de los países necesiten adquirir en gran escala, incluyendo, medicamentos e insumos de laboratorio, entre otros.
- Colombia comentó que en el año 2000 intentaron establecer un sistema de doble confirmación entre los bancos de sangre y los sistemas de diagnóstico. Lamentablemente no funcionó. La existencia de normativas separadas para los bancos de sangre y las redes comunes de diagnóstico de laboratorio dificultó este proceso. En 2011, a raíz de una reunión con la OPS, el país retomó las recomendaciones de OMS, sobre canalizar a los donantes diferidos o positivos. Esta propuesta todavía se está trabajando actualmente.
- Se destacó la falta de fondos nacionales para la compra de reactivos de diagnóstico y tratamientos, incluso cuando se intenta hacer a través del fondo estratégico.

SESIÓN 3: MARCO DE REFERENCIA DE LAS HEPATITIS VIRALES DE LA SOCIEDAD CANADIENSE PARA LA SALUD INTERNACIONAL (CSIH). Janet H. Roberts y Allison Marshall, CSIH.

En esta sesión se presentó la CSIH y se expusieron sus objetivos y líneas de actuación en relación a las hepatitis.

La CSIH es una ONG (con cobertura internacional), que tiene entre sus objetivos, la facilitación del trabajo en la salud con la participación comunitaria y la provisión de asistencia técnica para el planeamiento e implementación de proyectos a nivel global. El modelo para el desarrollo de dichos objetivos se basa en el fortalecimiento de los sistemas de salud, con una visión de equidad y responsabilidad. El CSIH ha trabajado en varias áreas para la promoción de la salud, como por ejemplo, los recursos humanos o las intervenciones con la comunidad. El listado de proyectos y países con los que ha trabajado el CSIH es extenso. Entre los países de ALC, destacan Guayana (con un proyecto de fortalecimiento de la salud pública para el VIH/SIDA y la tuberculosis), y Bolivia (con un proyecto para el desarrollo de capacidades para la reforma sanitaria). El CSIH tiene varias fuentes de financiamiento, entre otros el Gobierno de Canadá.

En cuanto a hepatitis virales, el CSIH destacó la iniciativa “The Global Hepatitis C Network” que está llevando a cabo. El objetivo de esta iniciativa es aumentar el grado de concientización y comprensión de los aspectos relacionados con el VHC dentro y fuera de Canadá. A raíz de esta iniciativa, se creó un banco de información y publicaciones para el VHC accesible a través de internet. La iniciativa también permitió la creación de una herramienta que sirve de inventario para saber quién está trabajando en el tema y en qué está trabajando en relación al VHC. La CSIH realiza también una tarea muy importante en la celebración del Día Mundial contra la Hepatitis. En Canadá han sido líderes de este evento desde el año 2009.

Actualmente la CSIH dispone de financiamiento para la realización de talleres en 2012 y 2013. En cuanto a las posibles contribuciones con ALC, la CSIH comentó que podría ayudar en la creación e integración de grupos de trabajo en su red del VHC, la elaboración de guías de tratamientos, la preparación del Día Mundial contra la Hepatitis, los bancos de conocimientos y quizás estudios cualitativos.

SESIÓN 4: MARCO DE REFERENCIA DE LAS HEPATITIS VIRALES DE LA DIVISION DE HEPATITIS DEL CDC

Estrategia nacional para el control de las hepatitis virales en EE.UU. Dr. Monina Klevens, División de Hepatitis del CDC.

El proceso que el CDC ha seguido para el abordaje de las hepatitis en EE.UU., fue la publicación de la estrategia nacional a partir del cual se formuló el plan de acción de prevención, atención y tratamiento de las hepatitis.

Como aspectos relevantes a nivel nacional, el CDC insistió en la dificultad e importancia de detectar y diferenciar pacientes agudos de crónicos. Se indicó que los casos de hepatitis en EE.UU. se han ido desplazado a los grupos de edad adultos y variado en función de las cohortes (elevada carga en los nacidos entre 1945-64. Con el conocimiento de estos datos se mostró el modelo sobre cómo progresaría la infección y cómo la misma afectaría los costos para su abordaje. Sin embargo, no existe un sistema unificado para la cobertura de costos.

A nivel de vacunación, el CDC comentó que en EE.UU., ha surgido la necesidad de vacunar a personas mayores de 60 años ya que sus niveles de inmunidad contra el VHB se encuentran disminuidos (a esta edad), aumentando el riesgo de infección y de brotes.

El CDC destacó la importancia de la colaboración regional poniendo como ejemplo el VHA. La mayor parte de los casos de infección por el VHA que se detectan en EE.UU., provienen de personas que estuvieron previamente en países con mayor circulación viral y alta endemia. La coordinación internacional, podría facilitar la prevención de la transmisión.

Otro hecho que recaló el CDC es que la vigilancia para la obtención de datos de mortalidad es relativamente sencilla. A través de ésta, el CDC se dio cuenta que las muertes por el VHB se han estabilizado en EE.UU., mientras que las del VHC han aumentado por encima de las del VIH. El CDC insistió que no sólo son los trabajadores de salud los que se infectan de hepatitis en el ámbito hospitalario, sino también los pacientes.

Colaboraciones internacionales para el control global de las hepatitis. Francisco Averhoff, División de Hepatitis del CDC.

El control global de las hepatitis está lleno de desafíos, entre los que se destacan la compleja epidemiología de los virus de la hepatitis, el curso silencioso y desapercibido del VHB y el VHC, la falta de herramientas y recursos y un abordaje integral. Como ejemplo de la importancia de un control global, se indicó que en EE.UU., el 80% de los casos nuevos de hepatitis B crónica ocurren población inmigrante.

Entre 2011 y 2012, el CDC ha colaborado internacionalmente con la OMS y la OPS para el abordaje y la atención de las hepatitis. El CDC también ha trabajado de forma directa para el control y eliminación de las hepatitis con algunos países, tales como China, Egipto y Paquistán.

Egipto es el país con mayor prevalencia del VHC del mundo, encontrándose prevalencias más altas en las regiones rurales que en las urbanas. Esto es producto de un error de intervención, realizado anteriormente en un programa de erradicación de esquistomiasis, en el que se utilizaron repetidamente las jeringas para la administración parenteral del medicamento, sin ninguna previsión de esterilización de las mismas. Aunque actualmente estas medidas se han corregido, una parte importante de la transmisión de la hepatitis C ocurre por inyecciones de tipo informal o por desconocimiento. El Programa Nacional de Control de las Hepatitis en Egipto, fue establecido mayoritariamente por patólogos, centrándose principalmente en medidas de tratamiento. Sin embargo, en 2011 se vio la necesidad de aumentar las estrategias de prevención. El CDC ayudó a esta evaluación y va a seguir colaborando con Egipto en la lucha contra las hepatitis. Como consecuencia de su experiencia el CDC destacó que no se pueden hacer planes de acción para todo y que es preferible fraccionarlos en partes y cubrir ciertos aspectos de manera secuencial y organizada.

Los puntos de colaboración que el CDC propone con la región de ALC son: la asistencia técnica para la vigilancia, la epidemiología y las inmunizaciones; así también, la asistencia en el laboratorio y la formación y capacitación de profesionales.

Como conclusiones, el CDC confirmó la necesidad de atender las hepatitis en ALC, destacando como prioridad a nivel global, la vigilancia, seguida del diagnóstico, y el tratamiento y seguimiento de las hepatitis B y C. El CDC subrayó que en el abordaje de las hepatitis en la Región se deben implicar todos los sectores de la salud pública y no solamente a los patólogos.

SESIÓN 5: ALIANZA MUNDIAL CONTRA LAS HEPATITIS (WHA). Raquel José, WHA.

La WHA expuso que en 2006 las hepatitis no eran un problema reconocido a nivel global y la población en general tenía un nivel muy bajo de información sobre el problema, siendo muy dispersos e individualizados los esfuerzos y acciones realizados para combatirlos. Como consecuencia de esta situación y con el intento de unificar esfuerzos, se creó la WHA y se designó el 19 de mayo como Día Mundial contra la Hepatitis. La WHA sirvió de base institucional para dar voz a muchos grupos y organizaciones de diferentes regiones del planeta. La WHA se divide en tres áreas de trabajo: concientización, abogacía y capacitación.

Entre sus logros, la WHA destacó las cartas enviadas a los Estados Miembros, y que con el soporte de Brasil y Colombia (entre otros), condujeron a la resolución sobre hepatitis virales (HV) de la OMS en 2010. Como consecuencia de la resolución se declaró de forma oficial el primer Día Mundial contra la Hepatitis (28 de julio). La WHA también realizó y publicó

recientemente un informe global sobre las políticas y programas existentes en los países para el trabajo con las hepatitis, en que se incluyen resultados y prioridades indicadas a nivel de país en ALC. La WHA destacó la importancia del monitoreo en la implementación de cualquier proyecto.

La WHA ha trabajado anteriormente en ALC, destacando las colaboraciones con Argentina (soporte en la elaboración y difusión del Plan Nacional de Hepatitis), Brasil (coordinación de 80 grupos) y Perú (elaboración de una norma técnica para la atención de las hepatitis, incluyendo el soporte a las comunidades indígenas). Existen otras colaboraciones con México, Guatemala, Bolivia y Panamá.

Como posibles colaboraciones en la Región, la WHA sugirió la coordinación de la conmemoración del Día Mundial contra la Hepatitis y el trabajo con sus socios y gobiernos para demostrar la efectividad de intervenciones y establecer estrategias sólidas. Los próximos pasos que la WHA puede dar en ALC son: la segunda edición del informe global de políticas y programas sobre hepatitis, el soporte en la comunicación entre la OMS y los países, la actuación como punto focal en los países con elevado número de pacientes, el aumento de la concientización, y la atracción de financiamiento.

DISCUSIÓN SESIONES 3, 4 Y 5

- Se preguntó al CDC por las medidas de tratamiento y prevención en Egipto. El CDC respondió que actualmente Egipto tiene resueltos los aspectos de tratamiento. Por una parte, los precios del tratamiento se han conseguido reducir. Por la otra, existe un programa nacional y un sistema de información a nivel central para la gestión de los tratamientos. En cambio, a nivel de prevención queda mucho por hacer y es en lo que se están centrando esfuerzos actualmente. El diagnóstico lo hacen por PCR y anticuerpos, sin embargo no existe un sistema de tamizaje de infecciones en el país. Se comenta que debido a las limitaciones económicas, es probable que para el abordaje de las HV en LAC se tenga que empezar primero con la prevención y seguir más adelante con el tratamiento.
- Colombia destacó el cambio que ha habido a nivel político en la consideración de las hepatitis, antes no era así. Colombia insistió en que la mayoría de países de ALC tienen datos de vigilancia pero que muchos de ellos se encuentran solo en literatura gris. Se insistió que si estos datos se organizaran sería posible compartir la información y construir mapas regionales más precisos. Se recalcó que en muchas ciudades de ALC en muchas poblaciones urbanas la prevalencia del VHB es baja y no más alta que en países desarrollados.
- Volvió a enfatizarse la necesidad de escuchar la opinión y sugerencias de los países y se plantea si es factible la eliminación de la hepatitis B en ALC y la posibilidad de usar experiencias de otras regiones/países para ello.

SESION 6: ARGENTINA. LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS HEPATITIS VIRALES: LECCIONES APRENDIDAS EN HEPATITIS A. Analia Rearte, Ministerio de Salud de Argentina.

En 2011, Argentina estableció un Programa Nacional de Hepatitis para el abordaje integral y control de las hepatitis. En la implementación del Programa se involucraron diversas áreas y proyectos.

Hasta 2005, la endemidadad del VHA en Argentina era media-alta. Después de 2005, año en que se introdujo la vacuna en menores de 1 año, las tasas de VHA disminuyeron drásticamente

en todas las regiones del país. Los niveles de cobertura de vacunación que se alcanzaron en todo el país fueron muy altos.

Entre los motivos que llevaron a decidir introducir la vacuna de VHA se destacan: la existencia de brotes en todo el país, sobre todo, concentrados en grupos entre los 5 y 10 años, y el antecedente de que entre 1995 y 2004, la mayor carga de enfermedad de hepatitis y trasplantes de hígado eran debidos al VHA.

La introducción de la vacuna fue muy problemática porque Argentina no podía pagar 2 dosis de vacuna y se tuvo que analizar la decisión de introducir o no una sola dosis de vacuna. A favor de la mono-dosis se sabía que producía respuesta protectora del 95-99% a los 30 días, se había usado anteriormente en brotes y la circulación del VHA en el medio podía servir de refuerzo a los vacunados con una sola dosis. Sin embargo, existían incertidumbres sobre la introducción de la vacuna y Argentina sería el primer país del mundo en introducir el uso de una sola dosis en sus programas de vacunación.

Con la introducción de la vacuna en el país, desaparecieron los casos fulminantes y la carga de enfermedad se redujo en todos los grupos de edad (aunque ahora el grupo con mayor número de casos oscila entre los 15 y 45 años). En relación a la vigilancia, se realizaron dos estudios, uno sobre la circulación del VHA y otro sobre los niveles de anticuerpos contra el VHA. A la luz de los positivos y alentadores resultados de estos estudios (pendientes de publicación) Argentina continuará vacunando con una dosis única contra el VHA.

Finalmente, se comentó que un problema para la evaluación del impacto de la introducción de la vacuna fue la diferenciación entre anticuerpos propios y maternos.

SESIÓN 7: CUBA. LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS HEPATITIS VIRALES: LECCIONES APRENDIDAS EN HEPATITIS B. Maira Fontes Reyes, Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Cuba lleva 25 años trabajando de forma integral en la prevención y el control de las hepatitis. El programa de hepatitis empezó en el país en 1987 y es revisado cada 2 años.

Uno de los grandes éxitos de este programa ha sido la campaña de vacunación contra el VHB. En 1990, Cuba registró la producción de su propia vacuna (Heberbiotec), y la introdujo en recién nacidos en 1992. Entre 1994 y 2000 se extendió la vacunación a grupos de riesgo y en 2000 se decidió vacunar a todos los menores de 20 años. Finalmente, en 2006 se vacunó a toda la población de zonas de alta prevalencia y en 2011 toda la población cubana menor de 30 años se encontraba protegida. Los casos actuales se dan en mayores de 30 años no vacunados. En este momento Cuba se encuentra en fase de erradicación de la hepatitis B aguda. Entre 1989 y 2011 el total de casos en el país se redujo en un 99%. Las campañas de sensibilización de las HV y la promoción de la vacunación han sido elementos claves para el éxito de esta campaña.

Para la prevención y el control del VHC también se realizaron esfuerzos importantes, sobretodo en el área de diagnóstico. En 1995 se introdujo un sistema de diagnóstico y vigilancia en el país. Entre 2005 y 2012, se mejoraron notablemente las capacidades diagnósticas con la introducción de herramientas como la PCR en algunos servicios y áreas (ej. servicios de transfusión de sangre), además de la optimización de la definición de casos con el objetivo de detectar precozmente a los enfermos. Actualmente, Cuba está trabajando en 3

candidatos de vacuna contra el VHC y en la obtención de tratamientos contra este virus (algunos de estos estudios se encuentran en fase II).

Los VHA y VHE también fueron incluidos en el programa de Hepatitis en Cuba. Sin embargo su abordaje fue más lento y en la actualidad, estos virus se diagnostican en los laboratorios de referencia del país y se está trabajando en reforzar los sistemas de vigilancia de brotes. Limitaciones económicas han impedido una expansión del sistema de diagnóstico a todo el país y de igual forma, la compra de la vacuna contra el VHA.

En Cuba la mejora de las definiciones de caso, junto con la intensa promoción de la salud en personas asintomáticas, ha influido sustancialmente en el diagnóstico voluntario de la población y la detección y seguimiento de casos en estadios tempranos. La detección de casos de forma precoz permite un mejor manejo y pronóstico de las HV.

En relación al seguimiento de casos detectados, Cuba se caracteriza por tener un muy buen sistema de referencia. De ello, son ejemplo los servicios de donación de sangre, donde los donantes rechazados son derivados mediante un sistema automatizado a los servicios de asistencia primaria.

Finalmente, se comentó que en algunos casos, el país ha encontrado dificultades en la falta de tratamientos o la producción de herramientas propias. Por ejemplo, en la actualidad, se ha tenido que frenar la promoción del diagnóstico voluntario para el VHC entre gestantes porque no se disponía de tratamiento para atender en caso de ser positivas. También en este momento el país se está planteando la necesidad de validación de algunos sistemas de diagnóstico producido nacionalmente, mediante la comparación con productos de producción internacional.

DISCUSION SESIONES 6 Y 7

- Se enfatizó que tanto Argentina como Cuba plantearon un enfoque integral para la atención de las hepatitis.
- Se comentó que los estudios de monodosis en Argentina se realizaron en niños inmunocompetentes y que no tienen datos para los inmunodeprimidos.
- Se explicó que la información sobre el VHB en Argentina es menor que la del VHA. Sin embargo, la endemicidad en el país es baja, y hasta ahora la vacunación está implementada con 3 dosis en los calendarios de vacunación infantil y con dosis de recuerdo en aquellas otras edades y casos que sea necesario, incluyendo los profesionales de la salud. Actualmente, se calcula que en Argentina tendrían que estar vacunados todos los menores de 25 años y se plantea universalizar la vacunación en adolescentes y adultos para los años 2016-18.
- Se comentó que un 7% de los niños vacunados contra el VHA en Argentina no presentan anticuerpos para este virus, sin embargo esto no quiere decir que no estén inmunizados. Se comentó que se está analizando que es lo que sucede con este porcentaje. Sin embargo, como la proporción por el momento es pequeña, no se propone cambiar de estrategia y añadir una segunda dosis.
- Se comentó brevemente la posibilidad de asociar la vacunación contra el VHA y el VHB pero se consideró inoportuna debido a la diferencia en el número de dosis y la implicación logística y operativa que esto tendría, en modificar calendarios de vacunación ya establecidos.
- Se comentó la importancia de mantener una vigilancia de genotipos en la introducción de la vacuna contra el VHA, para la toma de futuras decisiones. Se explicó que en Argentina se

notifican los genotipos a nivel de laboratorio y que por ahora, con la introducción de la vacuna, no se han observado cambios.

SESIÓN 8: MESA REDONDA, ANALISIS DE SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES Y LECCIONES APRENDIDAS.

Brasil. Jorge Eurico Ribeiro, Ministerio de Salud de Brasil.

En 2010, Brasil realizó una reestructuración de los departamentos responsables del control y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), el VIH/SIDA y las HV, integrando los diferentes programas nacionales para estas infecciones en uno sólo. El objetivo de este cambio fue la mejora de la detección de casos (con pruebas rápidas), la coordinación de terapias y la coordinación de esfuerzos, puesto que ambas infecciones tienen mucho en común (desde vías de transmisión hasta poblaciones afectadas), y ya había una red de estructuras de servicios para VIH/SIDA. El nuevo programa nacional para ETS, VIH/SIDA y HV quiere asegurar la participación social y acceso universal a la prevención, el tratamiento y el diagnóstico de los ciudadanos brasileños.

En la actualidad, la prevalencia del VHA en Brasil, es mayor en el norte del país que en el sur y la mayoría de casos de infección se concentran en niños y adolescentes (sobre todo 5-12 años). La distribución del VHB, en cambio, es similar en todo el país y la pirámide de afectados se concentra en los adultos. Más de un 5% de los casos con hepatitis B están coinfectados con el VIH. Esta predominancia de casos en adultos se conserva también para el VHC, que se concentra mayoritariamente en el sur del país. Brasil presenta también una alta prevalencia del VHD en la región norte del país, habiendo acumulado casi 2000 casos entre 1999 y 2000.

Las mayores inversiones entre 2010 y 2011 para las HV en Brasil, han sido destinadas al establecimiento de la cuantificación de carga viral del VHB de forma descentralizada, la inmunización contra el VHB (poniendo énfasis en adolescentes y poblaciones indígenas) y el abordaje global de las HV. Además, cabe destacar el enorme esfuerzo y presupuesto dedicado para hacer posible el acceso universal al tratamiento de las HV y adquisición de nuevos fármacos, con el fin de eliminar problemas de resistencia a los medicamentos. Junto a los tratamientos, Brasil ha elaborado y actualizado sus recomendaciones, protocolos y guías para el tratamiento y manejo clínico de los enfermos.

Finalmente, Brasil ha dado importancia a la celebración del Día Mundial contra la Hepatitis y ha usado las nuevas tecnologías (internet, medios sociales, etc.) para las campañas de sensibilización y concientización de su población. A nivel de vigilancia epidemiológica, Brasil puso en marcha un boletín epidemiológico de HV en 2010.

Colombia. Rubén Robayo, Instituto Nacional de Salud de Colombia.

Colombia dispone de varias fuentes de información para hepatitis virales, como por ejemplo los bancos de sangre. Datos actuales indican que el VHA se concentra en el centro del país, algunas partes de la costa atlántica y la región amazónica. La población más afectada por este virus son los menores de 15 años. La notificación del VHA ha mejorado con los años. En 2008, se introdujo en Bogotá la vacunación contra el VHA en menores de 1 año y con dosis única. Esta vacuna también se utiliza en el país en caso de brotes.

En cuanto al VHB, el número absoluto de casos ha aumentado, siendo las zonas con mayor incidencia la Amazonia, Orinoquia y algunas partes de la costa pacífica. Las edades más afectadas por el VHB oscilan entre los 15 y los 40 años. La vacunación en recién nacidos está

implantada en el país desde hace 18 años. A partir 1996, se realizaron campañas específicas de vacunación contra el VHB en trabajadores de la salud, y posteriormente, en prisioneros y poblaciones indígenas.

En relación al VHC se sabe menos, sin embargo se han realizado estudios de prevalencia en poblaciones específicas como los donantes de sangre y de órganos, pacientes en diálisis, trabajadores de la salud y usuarios de drogas ilícitas.

En Colombia, las acciones para la prevención del VHB y VHC van de la mano con las del VIH. Esfuerzos importantes de prevención se han realizado en las campañas de educación sexual y en el tamizaje en los bancos de sangre. En 2011, se establecieron las directrices de responsabilidades de derivación de individuos infectados por HV, que tenían que asumir los bancos de sangre. Teóricamente, los tratamientos para las HV están incluidos dentro del sistema sanitario del país, sin embargo todavía algunos quedan por cubrir. Otra área en la que se ha trabajado y elaborado reglamentos es la protección de los trabajadores salud.

Por lo que se refiere a los datos globales de cobertura de vacunación, diagnóstico y tratamiento, los mismos no reflejan la cobertura real de ciertas zonas del país, ya que la enorme diversidad geográfica hace que las diferencias numéricas entre estas zonas, queden enmascaradas en los promedios nacionales.

Como prioridades de trabajo, Colombia destaca en prevención el desarrollo de estrategias, la promoción del uso del preservativo, ampliar la vacunación contra el VHB e incluir la del VHA (dosis única) en el sistema de vacunación y el fortalecimiento de las medidas ya establecidas para los bancos de sangre y seguridad de los trabajadores. En vigilancia, Colombia prioriza la revisión de la definición de casos, el fortalecimiento de la confirmación casos, la detección en poblaciones de riesgo y realizar más estudios. En atención, Colombia destaca que necesita una guía de atención, fortalecer el seguimiento de los infectados y ampliar la oferta de tratamiento. Para hacer esto posible, en la actualidad hay muchos sectores involucrados, entre otros, el gobierno, universidades, sociedades científicas, usuarios, ONGs y la sociedad civil.

Honduras. Efraín Bú Figueroa, Hospital Escuela

En 1996 Honduras estableció un programa de vigilancia para el VHB, centrado mayoritariamente en el registro de casos por hospitalización y detectados en bancos de sangre (diagnóstico disponible en los hospitales y el Instituto Nacional de Salud). El país se divide en 18 departamentos y 2 áreas metropolitanas a partir de las cuales se recolecta la información para el sistema de vigilancia. Se observa una mayor incidencia de casos del VHB en las áreas metropolitanas y algunos departamentos específicos. En cuanto a la distribución del VHB los valores más elevados de infección se encuentran en mayores de 15 años. Se observa también una prevalencia importante en menores de 4 años, sugiriendo la importancia de la persistencia de la transmisión perinatal. También en relación al VHB, Honduras realizó esfuerzos relevantes para la introducción de la vacuna. En 1990 se introdujo en los trabajadores de la salud y en 1994 se extendió a todos los trabajadores. En 2000, la vacunación se amplió a la población infantil y en 2007 a los recién nacidos. La cobertura de vacunación en Honduras ha mejorado mucho hasta hoy y es uno de los aspectos mejor organizados y abordados en el país.

En relación al VHA, en 2009 se inició una estrategia de vigilancia centinela del síndrome febril inespecífico agudo, en la que se captan datos de los pacientes de consultas externas de 5

hospitales del país. Los datos recolectados en 2011 indicaron que más del 5% de las muestras recibidas en los diferentes hospitales eran positivas para el VHA.

En resumen y como buenas prácticas conducidas en el país, se destacaron la mejora de la cobertura de inmunización (vacunación universal y en recién nacidos para el VHB), la bioseguridad de los trabajadores de la salud y la vigilancia para el VHB.

Como prioridades para el futuro, Honduras destacó la necesidad de reforzar: el sistema nacional de vigilancia de las hepatitis, las normas de bioseguridad, el control en los bancos de sangre (falsos positivos y negativos) y la cobertura de vacunación contra el VHB (garantirla en el personal de salud y extenderla escolares, adolescentes y grupos de riesgo). Además de estos aspectos Honduras insistió en la necesidad de encontrar una forma sostenible para dotar todo el país con la disponibilidad y capacidades para el diagnóstico de las HV y el tratamiento de los casos de hepatitis B y C crónicas en los hospitales.

Finalmente, Honduras comentó que para cubrir las prioridades será necesaria la creación de una estrategia nacional con enfoque integrado para las HV que incluya un programa nacional, la sostenibilidad, la prevención, el manejo de pacientes crónicos y la coordinación interinstitucional de todas las áreas implicadas. Actualmente, los sectores gubernamentales, académicos, privados, ONGs, prensa y otros ya están involucrados en este proceso y van a seguir siendo claves.

Jamaica. Sonia Copeland, Ministerio de Salud de Jamaica.

Jamaica explicó que actualmente no tiene un programa nacional de hepatitis y que los recursos de que dispone para la prevención y el control de las HV son muy limitados. Además afirmó que, igual que la mayoría de países, ha notado la recesión económica global y muchos países y programas de la Región están compitiendo por los mismos recursos. Jamaica recaló la necesidad de unir esfuerzos en la lucha contra las HV en la Región.

Los datos de HV disponibles en Jamaica, provienen principalmente de la información recolectada en el Laboratorio Nacional de Salud Pública del país. Estos datos muestran que la prevalencia del VHB aumentó hasta el año 2009 y que la prevalencia del VHC, ha aumentado de forma importante en los 5 últimos años. Sin embargo, muchos de estos datos, disponibles a través de los registros de laboratorio, todavía no han sido notificados al sistema de vigilancia. Existe pues en el país, un importante problema de notificación de casos a nivel público y privado. Aunque la notificación de casos es obligatoria, su práctica todavía no es efectiva en muchos casos. Jamaica afirma que en el futuro, hará falta una mejora sustancial del sistema de notificaciones y de las capacidades de diagnóstico para el VHB y el VHC. Para ello la colaboración entre las áreas de diagnóstico y notificación será clave.

A parte de la mejora del sistema de notificaciones de las HV y el refuerzo de las capacidades diagnósticas, Jamaica destacó como prioridades y estrategias para el futuro: el fortalecimiento de la educación y prevención de la transmisión de las hepatitis entre los trabajadores de la salud, la inclusión de la infección por el VHB y el VHC en los recursos y estructuras de abordaje ya existentes para el VIH, el desarrollo de una campaña de educación para reducir los comportamientos con riesgos de infección, y la inclusión de la prueba de diagnóstico en mujeres embarazadas.

Finalmente, Jamaica comenta que se realiza tamizaje para el VHB y el VHC en los servicios de donación de sangre.

Perú. Cesar Cabezas, Instituto Nacional de Perú.

Perú presentó resultados de varias publicaciones sobre HV, la mayoría sobre trabajos realizados para el VHB o el VHD. La información disponible para el VHA y el VHC en el país es muy limitada.

En cuanto al VHB, Perú destacó la importancia de la vigilancia de los genotipos ya que con el uso de la vacuna es probable que se produzcan cambios que deben tomarse en cuenta para futuras medidas de prevención. Se destacó también la detección de muchos casos de coinfección del VHB (predominando el genotipo F) con el VHD (predominando el genotipo 3). Debido a la enorme diversidad geográfica del país, las prevalencias varían sustancialmente según la región. El Amazonas y los Andes se describen como áreas hiperendémicas para ambos virus, mientras que en Lima, están apareciendo valores de endemicidad media para el VHB. En el futuro se quiere conseguir la eliminación de ambos virus en las áreas hiperendémicas, garantizando el suministro de vacuna contra hepatitis B, insumos de laboratorio y soporte técnico para las organizaciones implicadas en el proceso.

En algunos lugares del país se ha detectado la transmisión del VHB a través de murciélagos, y se destaca la transmisión horizontal en niños. En Perú, las migraciones han sido un factor importante para la distribución del VHB y el VHD en el territorio. Ciertos grupos étnicos en el país presentan más casos de hepatitis que el resto de la población general, y su situación se agrava con la presencia simultánea de desnutrición. También existen en el país otros grupos de riesgo para las HV como por ejemplo los hombres que tiene sexo con hombres.

En cuanto a la vacuna contra el VHB, la misma fue introducida en el país en 1994, sin embargo no se universalizó en menores de 1 año hasta el 2003; y no fue hasta 2008 que se introdujo de forma masiva entre los 2 y 18 años. Aunque la reducción de casos con la introducción de la vacuna ha sido visible en todo el país (incluyendo las regiones con población indígena), conseguir coberturas de vacunación elevadas en todas las áreas del país sigue siendo un reto. La vacunación de las poblaciones fronterizas del país y sus inmigrantes es también un desafío para frenar la transmisión del VHB en Perú.

Para el tratamiento y manejo clínico de pacientes crónicos con el VHB, en 2009 Perú elaboró un algoritmo de tratamiento y una guía práctica para el diagnóstico y tratamiento. El problema con el que el país se encuentra actualmente es como implementar dichas guías. Como ejemplo de dificultad en la implementación se habla de la realización de biopsia hepática en poblaciones indígenas.

En relación al VHC, la prevalencia general en el país es baja. Sin embargo, existen grupos de riesgo con prevalencias altas, como por ejemplo los politransfundidos y los pacientes en hemodiálisis crónica.

En relación al VHA, al terminar la educación secundaria la mayor parte de la población peruana ha estado en contacto o ya fue infectada con este virus. Un estudio dividido por estratos de clases sociales realizado en Lima, reveló que las diferencias existentes a tempranas edades entre estratos sociales desaparecen después de la adolescencia y todos las clases terminan presentando prevalencias parecidas en edad adulta.

Finalmente, Perú destacó las siguientes necesidades y prioridades: fortalecimiento de los sistemas de vigilancia (habilitando sitios centinela), desarrollo de estudios de costo-efectividad

para la introducción de la vacuna contra el VHA, sostenibilidad para el diagnóstico y tratamiento de la hepatitis B y C (se mencionó el uso del mecanismo del Fondo Estratégico en colaboración con la OPS), trabajo de prevención y control con las poblaciones indígenas, e investigación de marcadores tempranos para el diagnóstico.

PALABRAS DE CLAUSURA Y CONCLUSIONES DEL PRIMER DÍA. Luis G. Castellanos, OPS/OMS.

En el primer día de la reunión se cubrió prácticamente el primer objetivo del encuentro (analizar la situación actual de las hepatitis virales en la Región). En el segundo día se va a completar este primer objetivo y se van a cubrir el segundo (discutir la propuesta de trabajo de la OPS/OMS sobre las hepatitis virales) y el tercero (determinar las prioridades regionales de colaboración). En el segundo día, las opiniones y recomendaciones de los países serán claves y será el momento para incluirlas en el plan estratégico Regional.

SESION 9. EVALUACIÓN BASADA EN MODELOS DE LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CONTRA LA HEPATITIS C. HlahlaThein (Rosie), Universidad de Toronto.

El primer día de la reunión evidenció la gravedad de la situación de las HV. El grupo de investigación de Hlahla Thein, por indicación de la OMS, es responsable de estimar la prevalencia del VHC en 21 países. El grupo de trabajo de la Dra. Thein tiene una alta experiencia en estudios epidemiológicos y de evaluación de estrategias de intervención. A lo largo de la presentación se mostraron diversos modelos, publicaciones y ejemplos de estudios, para evaluar estos aspectos.

Se explicó que como no hay manera de determinar de forma directa la incidencia del VHC en la comunidad, la mejor aproximación para hacerlo es a partir de datos de prevalencia. La información usada hasta el momento para estas estimaciones procede de datos demográficos, hospitalarios y de registros de mortalidad. A nivel de evaluaciones económicas, se resaltó su utilidad para identificar formas alternativas para el abordaje de la hepatitis C (compatibles con la escasez de recursos). Para los análisis económicos se mencionaron y detallaron las siguientes opciones: análisis de costo-efectividad, análisis de costo-utilidad, análisis de costo-beneficio, y análisis de minimización de costos. De algunas de ellas se explicaron en detalle los pasos a seguir en caso de realizar un estudio. Se presentó también un listado de ejemplos de estudios realizados en EE.UU., para el cálculo de costos debidos a los pacientes crónicos o con hepatocarcinoma secundario a VHC, y se expuso como ejemplo un modelo para estimar los costos de cáncer de colorectal.

Se mencionó que, a parte de los estudios de costo para tratamientos, también hay estudios que estiman costos y efectividad de aquellas medidas previas al tratamiento (prevención, diagnóstico, etc.).

Como conceptos se destacó que “tipo de costo” se refiere a recurso mientras que “beneficio” se refiere con cualquier aspecto de salud. La eficacia se definió como la medida de un efecto en condiciones ideales mientras que la efectividad se definió como la medida del efecto en condiciones reales. A partir de aquí se expusieron las diferentes formas de encontrar la fuentes de datos para estos estudios y las maneras realizar estas medidas. Otro concepto que se trató fueron los “Años de Vida Ajustados a la Discapacidad” (AVAD), puesto que son de gran utilidad para la evaluación de la carga de enfermedad e impacto del VHC.

En el estudio del VHC se insistió en la necesidad de no olvidar la coinfección con el VIH, especialmente en poblaciones de riesgo. Se presentaron algunos trabajos para modelar el comportamiento epidemiológico de la coinfección. También se ejemplificaron mediante publicaciones, algunos estudios de modelos de transmisión del VHC en población de riesgo, concretamente en usuarios de drogas. En uno de los estudios presentados, sobre tratamiento antiviral en usuarios de drogas, se comprueba el costo-efectividad de la intervención (Martin et al., 2012). A parte de este estudio, se presentaron otros de tratamiento, entre ellos, uno sobre nuevos inhibidores de proteasas en pacientes crónicos con genotipo 1 (Liu et al., 2012).

Se habló también de la utilidad y las diferencias entre los modelos basados en seguimiento de poblaciones y los modelos basados en el seguimiento de individuos. Para el segundo tipo de modelo, se expuso un ejemplo con usuarios de drogas y se insistió que, a pesar de ser modelos complejos, una vez desarrollados son muy útiles para la toma de decisiones en políticas.

Debe destacarse también que a lo largo de la ponencia, se mostraron varios modelos y entre las últimas diapositivas se presentó un diagrama esquemático del ciclo de vida de la enfermedad causada por el VHC.

Finalmente, se dieron una serie de recomendaciones para la selección y realización de estudios y se insistió en que la heterogeneidad de los estudios es todavía hoy una limitación para su evaluación y comparación.

SESIÓN 10: TRABAJO COLABORATIVO DE LA OPS EN HEPATITIS VIRALES PARTE (PARTE 2)

Coinfección de las hepatitis virales y el VIH. Rafael Mazín, OPS/OMS.

Como idea general, se insistió en la importancia de realizar estudios que permitan demostrar a los tomadores de decisiones que ciertas medidas, para la mejora de calidad de vida de los pacientes con hepatitis y/o HIV, son efectivas y económicas.

Se destacó que la coinfección entre las HV y el VIH tiene un impacto relevante en la salud pública, tanto local como regional de ALC. Sin embargo, hay bastante desconocimiento sobre esta interacción en la Región. El VIH altera el curso de las HV y a la inversa. La coinfección agrava el cuadro clínico a expensas de ambas enfermedades. Cabe destacar que, como en algunos casos, ambos virus comparten las vías de transmisión, las medidas de prevención y, con frecuencia, las poblaciones de riesgo son las mismas. Esto es muy importante para el abordaje de ambas infecciones. Por ejemplo, los cambios comportamentales que se recomiendan en personas infectadas con el VIH son, en buena parte, los mismos que se recomiendan para los infectados con hepatitis. Otro aspecto en común y que puede ayudar en el control, es la detección de la pérdida de CD4 o el uso de terapias antiretrovirales comunes.

Por lo que se refiere a la coinfección con el VHB, entre un 70-90% de los infectados con el VIH son positivos también para VHB. En las poblaciones VIH positivas, la transmisión del VHB es más alta y la tasa de eliminación espontánea más baja. Esto explica una mayor carga de hepatitis B crónica y la detección de transmisión vertical en individuos HIV positivos. Teniendo en cuenta esta información, se insistió en la conveniencia de hacer pruebas de VHB a los infectados con el VIH (ej. antígenos de superficie, core, anticuerpos nucleares, etc.), puesto que en caso de haber estado expuestos al VHB hay riesgo de reactivación. Otra herramienta de control es el uso de la vacuna contra el VHB en estos casos y su universalización en las poblaciones más expuestas al riesgo (PEMAR). La vacunación contra el VHA sería también recomendable para personas con el VIH.

En relación al VHC, a nivel mundial una de cada 10 personas con el VIH, está coinfectada por este virus. Igual que con el VHB, la frecuencia de hepatitis C es más alta en personas positivas para el VIH que en las negativas. En ALC, entre el 50 y el 95% de los usuarios de drogas inyectables tienen anticuerpos para el VHC, siendo las agujas la forma más habitual de transmisión. Estudios recientes indican que la transmisión sexual es más frecuente de lo que se pensaba, por ello debe insistirse en el uso de medidas preventivas. Hay factores, como por ejemplo, el frecuente consumo de alcohol en los grupos PEMAR, que incrementan el riesgo de enfermedad (ej. cirrosis). Es por lo tanto, clave, mantener informados a los grupos de riesgo, sobre la posibilidad de infección múltiple, concomitante o sucesiva.

En el caso del VHA, entre el 30 y el 50% de los infectados con el VIH también son positivos para este virus. Sin embargo, el impacto del VHA en la cronicidad y complicación de la coinfección es inferior que el del VHB y VHC.

Finalmente, se insistió en la necesidad de reconocer el problema de la coinfección y conocerlo bien (a quien afecta y donde se encuentra la población afectada), con el objetivo de realizar un abordaje efectivo del problema. Además, se mencionó la necesidad de desarrollar protocolos para la atención adecuada de los coinfectados, promover medidas preventivas (incluyendo transmisión vertical), y realizar trabajos de monitoreo.

Hepatitis virales y salud ocupacional. Julietta Rodríguez, OPS/OMS.

En las líneas de trabajo de la OPS, se incluye la creación de ambientes sanos de trabajo. El área de salud ocupacional está funcionando en la organización desde 1994 y, entre sus logros, en 1999 se aprobó el plan Regional de la salud de los trabajadores. En 2006, la salud de los trabajadores tomó mayor importancia y se trabajó en ella con insistencia. En el abordaje del problema participaron varios actores, como por ejemplo, las organizaciones gubernamentales, internacionales, centros de referencia y ONGs. El área de salud ocupacional trata temas que afectan otras áreas de la organización y, por ello, trabajan en colaboración.

Entre todas las iniciativas realizadas del área de salud ocupacional, destacan las acciones de protección y la seguridad de los trabajadores de la salud. Al respecto, se realizaron varios proyectos en distintos países, como por ejemplo Venezuela, Perú, Ecuador, y Trinidad y Tobago. Además, se creó una red de trabajadores de la salud en la región de las Américas; sin embargo la mayoría de centros adscritos son de Estados Unidos y Canadá (y una cantidad inferior de ALC). Se elaboraron también guías de prevención del pinchazo con agujas y otros instrumentos punzantes y guías para la promoción de la inyección segura. En 2009, se aprovechó la semana de vacunación en las Américas, para poner énfasis en la vacunación de los trabajadores. Otra iniciativa, fueron las campañas de capacitación y concientización en varios países de la Región, especialmente en la región del Caribe y Brasil. Destacó como ejemplo de iniciativa: Colombia, que creó su propia comisión de salud ocupacional y una regulación para la prevención de riesgos biológicos.

A parte de las iniciativas comentadas, se insistió en que se han realizado varias publicaciones y presentaciones en salud ocupacional, gracias a la ayuda de muchas personas, y que cada año se celebra el día mundial de los trabajadores de la salud.

Finalmente, se explicó que en ALC tiene 283 millones de trabajadores de salud, y que la heterogeneidad de su territorio obliga a que se haga un enfoque priorizando sectores críticos, como por ejemplo, los trabajadores informales (como por ejemplo cuidadores particulares,

principalmente mujeres) o los trabajadores de minas o agricultura. Se enfatizó la posibilidad de utilizar los materiales ya disponibles en esta área y la celebración del día mundial de la salud ocupacional, para la prevención de las hepatitis.

SESIÓN 11: REVISIÓN DE LA PROPUESTA DE HEPATITIS VIRALES DEL GRUPO DE TRABAJO DE LA OPS. Luis G. Castellanos, OPS/OMS.

Se explicó que la meta de la propuesta de HV del GT de la OPS es reducir la carga de enfermedad de las HV en ALC. A continuación se detallaron también los objetivos, tanto generales como específicos de la propuesta. Se recordó que uno de los objetivos de la reunión era discutir con los países esta propuesta, escuchando su opinión y recomendaciones para poder ser incorporadas en la estrategia y plan de acción Regionales que se desarrollen más adelante.

La propuesta del GT de la OPS está compuesta de cinco líneas estratégicas, a cada una de las cuáles se le asignaron unos resultados esperados, unos productos y servicios, y unos indicadores. Las líneas de trabajo de la propuesta fueron: i) colaboraciones, movilización de recursos y comunicación; ii) recolección y análisis de datos para políticas y acciones; iii) prevención y control de la transmisión; iii) tamizaje, diagnóstico, manejo clínico, tratamiento y seguimiento; iv) investigación. Se comentó que tanto las líneas de trabajo como los resultados se plantearon teniendo en cuenta los ejes estratégicos indicados para la OMS y las necesidades identificadas hasta el momento en ALC.

Finalmente, se repasaron de forma breve los resultados esperados y se recalcó que serían motivo de trabajo en la sesión 12 de la reunión, y que se podrían modificar tanto como los participantes de la reunión acordaran necesario.

SESIÓN 12. GRUPOS DE TRABAJO. FASE 1, ESTABLECIMIENTO DE UNA ESTRATEGIA DE HEPATITIS VIRALES PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE.

En esta sesión se dividieron los participantes de la reunión en 4 grupos, incluyendo en cada grupo, representantes de los diferentes Estados Miembro invitados, socios y representantes o áreas de la OPS/OMS. En cada grupo se nombró un moderador, un responsable de tomar nota y un relator para exponer las conclusiones. El objetivo de la sesión fue revisar el documento con la propuesta de trabajo de la OPS y aportar sugerencias/ y consideraciones para su mejora y elaboración de un estrategia Regional. Para ello, los grupos dispusieron de un tiempo para discutir y otro para exponer sus conclusiones.

A parte de los cambios de formato que sugirieron para el documento a través de los distintos grupos, las conclusiones más relevantes y en que coincidieron la mayoría de los participantes fueron las siguientes:

- El documento debe ampliar la introducción y los antecedentes con la información disponible sobre hepatitis virales en la Región y en los países.
- Se propone como objetivo específico para la Región, la creación de una agenda estratégica de investigación y la consideración de eliminar la hepatitis B en la Región.
- Se sugiere hacer más hincapié en las poblaciones vulnerables, los grupos de riesgo y los trabajadores de la salud.
- Se insiste en un enfoque integral de la propuesta, así como un abordaje de atención integral a los infectados con el virus de la hepatitis
- El documento se enriquecería con la aplicación de la información sobre vacunación y bancos de sangre

- El documento va a estructurarse en formato de estrategia y plan de acción para ser presentado a los países en consulta, y luego a los cuerpos directivos de la OPS/OMS para su aprobación.
- Para la implementación de dicha estrategia y plan de acción, será necesaria la creación de una estructura orgánica y/o funcional al interior de los países/ministerios de salud, incluyendo un grupo de trabajo con roles y responsabilidades definidas, además de un coordinador.
- Deberán desarrollarse instrumentos para el monitoreo y evaluación de implementación de la estrategia y plan de acción.
- En algún punto de la implementación del plan de acción, deberán establecerse plazos para el cumplimiento de objetivos y definirse los recursos que se asignan a cada parte.
- Se recomienda insistir más en el documento sobre el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica.
- El documento debe mencionar en su marco lógico, la participación de todos los actores sociales, el uso de otras campañas de prevención (ej. sexo seguro), para la prevención de las hepatitis y las poblaciones indígenas.
- Enfatizar en el documento la necesidad de mejorar el acceso y reducir el costo del diagnóstico y el tratamiento de las hepatitis.

SESIÓN 13: PLANIFICACIÓN DEL DÍA MUNDIAL CONTRA LA HEPATITIS PARA EL 2012 EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE. *Sylvie Briand, OMS; Raquel José, WHA; y Janet Roberts, CSIH.*

En esta sesión, los socios externos se ofrecieron a ayudar en la preparación y observación del Día Mundial contra la Hepatitis en 2012 en la Región. Para ello, presentaron algunas propuestas y sugerencias útiles tanto a nivel Regional como local.

En primer lugar, la WHA resumió, junto con la OMS, las acciones realizadas para el Día Mundial contra la Hepatitis de 2011. Como observación, la WHA indicó que en 2011 se realizaron muchas actividades para dicha celebración pero que en muy pocos casos fueron organizadas desde o en colaboración con los gobiernos. En 2011, la WHA recibió notificación de la celebración de este día en varios países de ALC. Se repasó también la información detallada que la organización tenía para la Celebración del Día Mundial contra la Hepatitis en 2011 en los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Guatemala, México, Panamá, Perú, y Venezuela. Se informó también que el lema para la campaña de 2012 va a ser "Está más cerca de lo que piensas" ("It's closer than you think") y los espacios para presentarla, alrededor del deporte (puesto que coincidirá con los juegos olímpicos que van a celebrarse en Londres), los niños y la discriminación por la infección. Se comentó que tanto el lema como los espacios, podrán variar adaptándose a las necesidades y situación de cada país.

En segundo lugar, la CSIH comentó que para organizar la celebración del Día Mundial contra la Hepatitis, lo hizo a través de un comité muy abierto, donde cualquier persona interesada en colaborar pudiera participar. Dicho comité, se reúne periódicamente contando con la participación de entre 40 y 45 miembros. En cada reunión, los miembros van alternándose para que todos puedan participar, como mínimo, alguna vez, en la reunión. Entre otras actividades, para el Día Mundial contra la Hepatitis la CSIH organiza concursos de posters, propuestas, fiestas (como barbacoas) donde participan voluntarios, comunicados, etc. El enfoque de sus campañas se centra en la difusión. En relación a los gobiernos y organismos oficiales, la CSIH resalta que para la planificación del Día Mundial contra la Hepatitis de 2012 es importante valorar cómo compaginar la coincidencia del 28 de julio con los períodos de

vacaciones para muchas organizaciones y países. La CSIH explicó también que para la conmemoración del Día Mundial contra la Hepatitis en Canadá, se trabaja mucho con las poblaciones indígenas ya que el problema las afecta y siguen muy marginadas en el país. Finalmente, la CSIH insistió en que tiene disponibles muchos recursos, algunos de ellos ya disponibles en su página web, y que estaría encantada de compartirlos con los países de la Región. Tienen materiales disponibles en su página web y otros que pueden compartirlos.

SESIÓN 14. GRUPOS DE TRABAJO. FASE 2, ESTABLECIMIENTO DE PROPUESTAS PLANES DE TRABAJO NACIONALES Y SELECCIÓN DE PRIORIDADES PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En esta sesión y a partir de los 4 grupos creados en la sesión 12, se hicieron dos grupos. El objetivo de la sesión fue identificar las prioridades para la Región. Para ello los grupos dispusieron de un tiempo para discutir y acordar prioridades y otro para presentarlas en público. En cada grupo se nombró un moderador, un responsable de tomar nota y un relator para exponer las conclusiones, que fueron las siguientes:

Grupo 1

- Usar las herramientas de conocimiento y tecnología que facilita la OPS (entre otras) para la introducción de la vacuna contra el VHA
- Estudios de costo efectividad e intervenciones para la lucha contra la hepatitis A
- Caracterización epidemiológica de la hepatitis B
- Fortalecimiento de la vigilancia regular de los VHB y VHC
- Reevaluar y/o considerar la vacunación contra el VHB en otros grupos etarios o grupos de riesgo (ej. trabajadores de la salud, poblaciones indígenas, pacientes inmunodeprimidos)
- Establecer metas, indicadores y un cronograma para la eliminación de la hepatitis B en la Región
- Acceso al diagnóstico precoz (con el uso de pruebas rápidas) y tratamientos de la hepatitis B y C
- Prevención de la transmisión vertical del VHB, usando las estructuras ya existentes para el VIH y la sífilis
- Fortalecer el tamizaje, la profilaxis y prevención para los grupos de riesgo, incluyendo los trabajadores de la salud y los pacientes de grupos especiales (ej. hemodiálisis, etc.)
- Mejorar el estudio y seguimiento de los donantes (de sangre y órganos), y sus contactos

Grupo 2

- Sistematización y validación de la información disponible y la que se va a recolectar en el futuro
- Usar la propuesta de la OPS para elaborar las estrategias nacionales de hepatitis
- Elevar el nivel de conciencia de las hepatitis virales en los países y a todos los niveles. Usar para ello el Día Mundial contra la Hepatitis.
- Las prioridades para la investigación Regional son:
 - Estudios de costo efectividad para que los países puedan decidir en que destinar sus recursos.
 - Implementación de la Vacuna de Hepatitis A
 - Manejo y tratamiento de pacientes con Hepatitis B/C
 - Evaluar el impacto del tratamiento de la hepatitis B y C en reducir la transmisión. Y considerar así, si la eliminación de la hepatitis B es posible.

- Evaluar el uso de la dosis de vacuna de hepatitis B en recién nacidos, para afrontar las limitaciones actuales (ej. cadena de frío)
- Estudios antropológicos para abordar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las hepatitis en poblaciones indígenas.
- Estudios de impacto de intervenciones
- Estudios multicéntricos cuando sea posible
- Se debe enfatizar la necesidad de mantener criterios éticos para todos los estudios

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las conclusiones y recomendaciones de la reunión se desglosaron en tres partes, de acuerdo con los objetivos de la reunión y fueron las siguientes:

Objetivo 1: Analizar la situación actual de las hepatitis virales en América Latina y el Caribe

Conclusiones

General

- Existe un abordaje heterogéneo de las hepatitis en la Región (diferentes estructuras y capacidades de los Ministerios de Salud según los países).
- A pesar de dicha heterogeneidad, todos los países han realizado actividades para el control y prevención de las hepatitis y se encuentran en diferentes fases.
- Se detecta la necesidad de abogacía para que las hepatitis virales sean incluidas en la agenda política y financiera de los Ministerios de Salud de los países.
- Es recomendable la existencia de una estructura funcional o programa nacional, que se ocupe de la prevención y control de las hepatitis virales desde una perspectiva integrada y multiprogramática.

Carga de enfermedad y vigilancia

- La mayoría de datos sobre la carga de enfermedad de las hepatitis proviene de estimaciones o modelos; y hace falta información más precisa a nivel regional y de país.
- La falta de notificación de casos es un reto en varios países.
- Hay una necesidad de mejorar o fortalecer las medidas de control y prevención, sobre todo entre las poblaciones más vulnerables.
- Es necesaria la vigilancia y recolección de información a nivel local, sobre todo para no enmascarar los datos de las poblaciones vulnerables en las estimaciones globales
- Las numerosas oportunidades para la integración de programas deben ser identificadas y usadas.
- La definición de caso afecta la detección temprana de la enfermedad.

Comunicación entre países y programas de salud dentro del mismo país

- Romper las barreras de comunicación entre instituciones y programas ofrece una oportunidad para la mejora de la prevención y el control de las hepatitis
- Deben abordarse las limitaciones o el retraso en la comunicación riesgos e información, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Lecciones aprendidas, intervenciones y buenas prácticas

- En la Región existen muchas experiencias exitosas y buenas prácticas que pueden ser documentadas y usarse como ejemplo o referencia. Ejemplo: vacunación contra el VHB, vacunación de los trabajadores de la salud, introducción de la vacuna contra el VHA en monodosis
- Se ha demostrado que varias intervenciones contra las VH fueron costo efectivas en países de la Región.

- Una buena logística contribuye a una implementación exitosa de las intervenciones. Ejemplo: papel del Fondo Estratégico de la OPS.

Estrategias globales y regionales

- El marco adecuado para el abordaje de las hepatitis es el uso de una estrategia global, integrada y multidisciplinar.
- La Región adaptará la estrategia de la OMS, para desarrollar su propio marco y prioridades.
- Se propone haber finalizado el documento (estrategia y plan de acción) entre agosto y septiembre de 2012. Para ello, se establecerá un cronograma.

Recomendaciones

- Establecer un mecanismo nacional que coordine las acciones para las hepatitis virales
- Establecer y fortalecer los sistemas de vigilancia y recolección de datos de la Región, haciendo especial énfasis a la vigilancia a nivel local y de las poblaciones vulnerables
- Documentar y compartir a nivel Regional las experiencias exitosas, intervenciones y buenas practicas
- Desarrollar estudios de costo beneficio para facilitar la toma de decisiones

Objetivo 2: Discutir la propuesta de trabajo de la OPS/OMS sobre las hepatitis virales

Conclusiones

- La propuesta presenta una aproximación estratégica e integrada para las hepatitis virales en América Latina y el Caribe.
- La propuesta debe diferenciar entre acciones Regionales y de país.
- La propuesta es ambiciosa, cubriendo todos los tipos de hepatitis virales y áreas de salud pública.
- La propuesta será enriquecida con las recomendaciones de esta reunión.

Recomendaciones

- Tener en cuenta los aspectos comentados en la reunión para la mejora de la propuesta de trabajo.
- Editar y finalizar la estrategia y plan de acción para ser presentada en los países entre Mayo y Junio de 2012.
- Determinar fechas, responsabilidades y costos para la acción.
- Establecer una lista de prioridades para 2012-13 y 2014-15.

Objetivo 3: Determinar las prioridades regionales de colaboración

- Despertar conciencia del problema de salud pública que representan las hepatitis virales
- Analizar las opciones para empezar una encuesta estandarizada de perfiles de hepatitis virales en los países de América Latina y el Caribe.
- Los ministerios de salud deberían aprovechar la conmemoración del Día Mundial contra la Hepatitis de 2012 como plataforma, para empezar las acciones de prevención.
- Explorar la posibilidad de realizar talleres subregionales con temáticas específicas (ejemplo. recolección de datos, diagnóstico o tratamiento de hepatitis)
- Crear en la OPS un GAT de hepatitis virales
- Usar la propuesta de la OPS para la elaboración de las estrategias nacionales
- Usar las herramientas y experiencias exitosas existentes para la introducción de la vacuna contra el VHA
- Considerar para el VHB, las posibilidades de extender la vacunación a otros grupos de edad/ riesgo y la viabilidad de su eliminación.
- Usar las herramientas y experiencias exitosas existentes para la mejora del diagnóstico precoz y acceso al tratamiento de las hepatitis.

- Sistematizar y validar los sistemas de vigilancia y recolección de datos/información.
- Aprovechar las estructuras ya existentes para otras infecciones (como por ejemplo el VIH) para combatir ciertos tipos de hepatitis virales.
- Reforzar la prevención y el control de las hepatitis virales en los grupos de riesgo y poblaciones vulnerables.
- Establecer unas prioridades de investigación Regionales, haciendo especial énfasis en los estudios de costo efectividad e impacto de intervenciones

VERSIÓN PRELIMINAR

ANEXOS

Anexo I

SIXTY-THIRD WORLD HEALTH ASSEMBLY

WHA63.18

Agenda item 11.12

21 May 2010

Viral hepatitis

The Sixty-third World Health Assembly,

Having considered the report on viral hepatitis;¹

Taking into account the fact that some 2000 million people have been infected by hepatitis B virus and that about 350 million people live with a chronic form of the disease;

Considering that hepatitis C is still not preventable by vaccination and around 80% of hepatitis C virus infections become a chronic infection;

Considering the seriousness of viral hepatitis as a global public health problem and the need for advocacy to governments, all parties and populations for action on health promotion, disease prevention, diagnosis and treatment;

Expressing concern at the lack of progress in the prevention and control of viral hepatitis in developing countries, in particular in sub-Saharan Africa, due to the lack of access to affordable, appropriate treatment and care as well as an integrated approach to the prevention and control measures of the disease;

Considering the need for a global approach to all forms of viral hepatitis – with a special focus on viral hepatitis B and C, which have the higher rates of morbidity;

Recalling that one route of transmission of hepatitis B and C viruses is parenteral and that the Health Assembly in resolution WHA28.72 on utilization and supply of human blood and blood products recommended the development of national public services for blood donation and in resolution WHA58.13 agreed to the establishment of an annual World Blood Donor Day, and that in both resolutions the Health Assembly recognized the need for safe blood to be available to blood recipients;

Reaffirming resolution WHA45.17 on immunization and vaccine quality which urged Member States to include hepatitis B vaccines in national immunization programmes;

Considering the need to reduce liver cancer mortality rates and that viral hepatitis are responsible for 78% of cases of primary liver cancer;

¹ Document A63/15.

Considering the collaborative linkages between prevention and control measures for viral hepatitis and those for infectious diseases like HIV and other related sexually transmitted and bloodborne infections;

Recognizing the need to reduce incidence to prevent and control viral hepatitis, to increase access to correct diagnosis and to provide appropriate treatment programmes in all regions;

Further recognizing the need for universal coverage for safe injection practices as promoted through the WHO Safe Injection Global Network,

1. RESOLVES that 28 July or such other day or days as individual Member States decide shall be designated as World Hepatitis Day in order to provide an opportunity for education and greater understanding of viral hepatitis as a global public health problem, and to stimulate the strengthening of preventive and control measures of this disease in Member States;

2. URGES Member States:

(1) to implement and/or improve epidemiological surveillance systems and to strengthen laboratory capacity, where necessary, in order to generate reliable information for guiding prevention and control measures;

(2) to support or enable an integrated and cost-effective approach to the prevention, control and management of viral hepatitis considering the linkages with associated coinfection such as HIV through multisectoral collaboration among health and educational institutions, nongovernmental organizations and civil society, including measures that strengthen safety and quality and the regulation of blood products;

(3) to incorporate in their specific contexts the policies, strategies and tools recommended by WHO in order to define and implement preventive actions, diagnostic measures and the provision of assistance to the population affected by viral hepatitis including migrant and vulnerable populations;

(4) to strengthen national health systems in order to address prevention and control of viral hepatitis effectively through the provision of health promotion and national surveillance, including tools for prevention, diagnosis and treatment of viral hepatitis, vaccination, information, communication and injection safety;

(5) to provide vaccination strategies, infection-control measures, and means for injection safety for health-care workers;

(6) to use national and international resources, either human or financial, to provide technical support to strengthen health systems in order to provide local populations adequately with the most cost-effective and affordable interventions that suit the needs of local epidemiological situations;

(7) to consider, as necessary, national legislative mechanisms for the use of the flexibilities contained in the Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights in order to promote access to specific pharmaceutical products;¹

(8) to consider, whenever necessary, using existing administrative and legal means in order to promote access to preventive, diagnostic and treatment technologies against viral hepatitis;

(9) to develop and implement monitoring and evaluation tools in order to assess progress towards reducing the burden from viral hepatitis and to guide evidence-based strategy for policy decisions related to preventive, diagnostic and treatment activities;

(10) to promote the observance of 28 July each year, or on such other day or days as individual Member States may decide, as World Hepatitis Day;

(11) to promote total injection safety at all levels of national health-care system;

3. REQUESTS the Director-General:

(1) to establish in collaboration with Member States the necessary guidelines, strategies, time-bound goals and tools for the surveillance, prevention and control of viral hepatitis;

(2) to provide the necessary support to the development of scientific research related to the prevention, diagnosis and treatment of viral hepatitis;

(3) to improve the assessment of global and regional economic impact and estimate the burden of viral hepatitis;

(4) to support, as appropriate, resource-constrained Member States in conducting events to mark World Hepatitis Day;

(5) to invite international organizations, financial institutions and other partners to give support and assign resources in strengthening of surveillance systems, prevention and control programme, diagnostic and laboratory capacity, and management of viral hepatitis to developing countries in an equitable, most efficient, and suitable manner;

(6) to strengthen the WHO Safe Injection Global Network;

(7) to collaborate with other organizations in the United Nations system, partners, international organizations and other relevant stakeholders in enhancing access to affordable treatments in developing countries;

¹ The WTO General Council in its Decision of 30 August 2003 (i.e. on Implementation of paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health) decided that “‘pharmaceutical product’ means any patented product, or product manufactured through a patented process, of the pharmaceutical sector needed to address the public health problems as recognized in paragraph 1 of the Declaration. It is understood that active ingredients necessary for its manufacture and diagnostic kits needed for its use would be included.”

WHA63.18

(8) to report to the Sixty-fifth World Health Assembly, through the Executive Board, on the implementation of this resolution.

Eighth plenary meeting, 21 May 2010
A63/VR/8

= = =

Anexo II

Las Hepatitis Virales en América Latina y el Caribe: hacia un enfoque integrado

Documento de concepto y estrategia

Resumen

El objetivo de este documento es analizar la situación actual de las hepatitis virales, y proponer una estrategia regional para la prevención y el control de las hepatitis virales a ser discutida con los Estados Miembros y los socios externos. La carga de enfermedad de este grupo de virus ha aumentado significativamente, haciendo de ello un importante problema de salud pública. Dentro del grupo, el VHB y el VHC son causas principales de enfermedad y muerte. Para reducir la carga de enfermedad se han realizado esfuerzos, principalmente en las áreas de inmunizaciones y bancos de sangre, pero en general, los enfoques de salud pública no han sido integrados. También se detecta una falta considerable de datos regionales y nacionales sobre la enfermedad.

En 2010, la OMS adoptó la resolución WHA 63.18 para despertar la consciencia sobre las hepatitis virales, y pedir acción inmediata para su prevención y control, usando un enfoque integrado. En respuesta a dicho mandato, se presenta en este documento una estrategia para la Región de las Américas, en concordancia con las líneas estratégicas de acción establecidas por la OMS. Se presenta también un modelo lógico para discusión. Todos los componentes de la estrategia (objetivos, resultados esperados, resultados a medio plazo, productos y servicios, e indicadores) serán adaptados para ajustarse a las prioridades de la Región después de su discusión en la primera Reunión Regional sobre Hepatitis Virales de marzo de 2012.

Introducción

Las hepatitis virales (HV) son un grupo de enfermedades que ha estado altamente olvidado en la Región, debido a la falta de información, los costes o la estigmatización. Aunque se han realizado esfuerzos de salud pública para prevenir y controlar estas enfermedades, no se ha hecho de forma integrada. La información disponible indica que la carga de enfermedad de las hepatitis está creciendo rápidamente, y que su prevención y control requiere una acción inmediata e integrada y recursos.

En este documento se presenta el primer esfuerzo integrado de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para luchar contra esta enfermedad. Además de proporcionar un breve análisis de la situación, el objetivo de este documento es proponer una estrategia regional que facilite la implementación de un enfoque integrado en la Región. Se considera a la OPS, la OMS, los Estados Miembros y los socios externos como actores esenciales de esta estrategia.

El documento se divide en dos apartados principales. El apartado de antecedentes que examina la carga mundial y regional de las HV, así como las medidas de prevención y control realizadas en la Región contra esta enfermedad. Este apartado también describe la resolución de la OMS sobre las HV, adoptada por los Estados Miembros en 2010 para abordar este problema de salud pública con un enfoque integrado.

La segunda parte de este documento propone una estrategia regional para la prevención y el control de las HV en la Región. Dicha estrategia esta en plena concordancia con las líneas estratégicas de trabajo contra las HV de la OMS. Sin embargo, esta parte del documento debe considerarse un trabajo en curso que va a ser discutido y modificado durante la primera Reunión Regional sobre Hepatitis Virales de marzo de 2012. La reunión contará con la presencia de siete Estados Miembros, la OPS, la OMS y los socios externos principales.

Por último, el anexo incluye un modelo lógico que describe la estrategia propuesta en detalle, incluyendo resultados, productos y servicios, e indicadores. Este apartado también será modificado y mejorado después de la reunión de marzo de 2012, tomando en cuenta las prioridades principales indicadas por los Estados Miembros.

Antecedentes

Carga mundial de las hepatitis virales

La hepatitis A (VHA), B (VHB), C (VHC), D (VHD) y E (VHE) corresponden a un conjunto de virus que causan infección aguda y/o crónica e inflamación del hígado, siendo un problema central de salud pública a nivel mundial.

El VHA es una causa significativa de morbilidad a nivel mundial. A pesar que las tasas de incidencia observadas en la mayoría de países han disminuido, se calcula que 1,4 millones de casos ocurren anualmente. Ocasionalmente, se notifican también brotes del VHA.

De todos los tipos de virus de la hepatitis, el VHB y el VHC son causantes principales de enfermedad severa y muerte. Se calcula que a nivel mundial 2000 millones de personas han estado infectadas por el VHB. De estos, más de 350 millones son infectados crónicos y, entre 500.000 y 700.000 mueren anualmente.

Estimas del VHC indican que entre 130 y 170 millones de personas son infectados crónicos del VHC y que más de 350.000 personas mueren anualmente por enfermedades del hígado relacionadas con el VHC.

La carga mundial de morbilidad debida a la hepatitis B aguda y el cáncer y la cirrosis hepática asociados al VHC es alta (alrededor del 2,7% de todas las muertes) y se prevé que se convertirá en una causa aun más importante de mortalidad en las dos próximas décadas². Se estima que el 57% de los casos de cirrosis hepática y 78% de los casos de cáncer primario de hígado son debidos a infecciones del VHB o el VHC².

La hepatitis D solo puede ocurrir como infección en individuos infectados por el VHB. La infección con el VHD conduce a formas más graves de enfermedad que la mono infección con el VHB. Se estima que el VHD afecta entre 15 y 20 millones de los infectados crónicos por el VHB³.

Las infecciones debidas al VHE están emergiendo a nivel mundial y son la causa principal de los brotes de hepatitis transmitidos por agua en países tropicales y

subtropicales⁴. Dichas infecciones son también responsables de casos puntuales de hepatitis virales en países endémicos e industrializados⁴. Sin embargo, deben realizarse esfuerzos para obtener datos más precisos y conocimiento sobre la infección del VHE y su impacto potencial en la salud pública de las poblaciones⁵.

Carga de la enfermedad en América Latina y el Caribe

La mayoría de países de América Latina y el Caribe (ALC) presentan una endemicidad intermedia para el VHA, es decir, más del 50% de su población ha adquirido inmunidad contra el VHA a la edad de 15 años⁶. Sin embargo, la prevalencia varía según la zona; por ejemplo, la prevalencia de anticuerpos anti-VHA entre los 15 y 19 años es respectivamente del 57% y 96% en el Caribe y la región Andina⁶. Algunos estudios indican que los casos clínicos del VHA en la Región están desplazándose de edades muy pequeñas a niños de media edad⁵. También es probable que ocurran brotes potenciales del VHA^{5, 6}.

En relación al VHB, datos recientes indican que de 1990 a 2005 la prevalencia de esta infección se redujo por debajo del 2% en las regiones Central y Tropical de América Latina, mientras que permaneció entre el 2 y el 4% en el Caribe y las regiones Andina y Sur de América Latina⁷.

En los países de ALC, se estima que entre 7 y 9 millones de adultos presentan anticuerpos anti-VHC⁸, la cual cosa significa que han estado expuestos al VHC y podrían contraer la infección crónica.

En cuanto al VHD, se observó una alta prevalencia de coinfección entre los casos con el VHB en la región amazónica⁹. Por ejemplo, un estudio en Colombia reveló que, entre los habitantes positivos para el VHB, el 5,2% eran positivos para el VHD y que todos excepto uno pertenecían a la región amazónica¹⁰. El genotipo III del VHD, exclusivo de esta región y con orígenes en la población amerindia, puede ser una de las causas que explique la alta prevalencia de hepatitis D en esta región¹¹. Algunas hipótesis indican que el genotipo III del VHD podría interactuar con el VHB de forma diferente a otros genotipos del VHD¹¹.

Por último, en algunos países de ALC se han registrado bajas prevalencias y brotes del VHE¹²; por ejemplo, algunos estudios en la población brasileña revelan tasas de prevalencia de alrededor del 3% en adultos¹². Sin embargo, se sabe muy poco acerca de la epidemiología de esta infección en la Región y prevalencias superiores han sido notificadas en algunos países; por ejemplo, la prevalencia de anticuerpos anti-VHE en estudios bolivianos osciló del 1,7 al 16,2%¹². Una revisión sistemática reciente realizada por la OMS indicó que sólo 14 de todos los países y territorios de la Región tenían datos registrados sobre el VHE¹².

Medidas actuales de prevención y control de las hepatitis virales en la Región

Diagnóstico y manejo clínico

En términos generales, la falta o la demora de diagnóstico de las hepatitis es común en la región de ALC con excepción de los bancos de sangre. Esto puede atribuirse a varios factores incluyendo, entre otros, el curso silencioso de la enfermedad, la falta de información y la disponibilidad y el costo de las pruebas de diagnóstico¹³.

Pero incluso cuando se diagnostica la infección, la necesidad de seguimiento y tratamiento del paciente es subestimada por la población general y por los

profesionales de la salud¹³. El manejo clínico de los individuos diagnosticados con hepatitis y de aquellos diferidos de donar sangre es todavía un reto en la región de ALC.

El elevado coste del tratamiento, que limita significativamente a su acceso, y la continua evolución del tratamiento recomendado dificultan el control y la prevención de las HV en ALC¹³.

Inmunizaciones y bancos de sangre

Ejemplos de esfuerzos para la prevención y el control de las HV en la Región pueden encontrarse en los programas de vacunación y en los bancos de sangre. A parte de estos dos programas de salud pública, hay muy poca información sobre otras medidas de prevención y control de las HV en la Región. E incluso para estos programas, la información es todavía muy escasa.

En cuanto a los programas de vacunación, existen en el mercado vacunas contra el VHA y el VHB. La vacunación contra el VHA ha sido introducida en Argentina, Panamá y Uruguay como parte de sus programas universales de vacunación rutinaria en niños¹⁴.

En junio de 2011, el Grupo Técnico Asesor de Inmunizaciones de la OPS indicó que harían falta más investigación y análisis para mejorar la comprensión del impacto potencial en salud pública de la introducción de la vacuna contra el VHA y el uso rutinario de esta vacuna en los programas de inmunización nacionales¹⁴. La vacunación y la mejora de las condiciones sanitarias son las maneras más eficaces de combatir el VHA.

En cuanto al VHB, en 2009 todos los países de la región de ALC (a excepción de Haití) habían introducido la vacuna contra el VHB en sus programas de inmunización infantil¹⁵. Trece de todos los países y territorios de la Región han introducido también las dosis en recién nacidos¹⁵. La inmunización es la forma más eficaz contra la infección del VHB y sus consecuencias.

En los últimos años, el tamizaje de los suministros de sangre ha sido también una de las medidas más importantes para prevenir la transmisión del VHB y el VHC en la Región⁶. En 2009, más de 380.000 potenciales donantes de sangre fueron diferidos de donar sangre puesto que presentaban factores de riesgo para el VHB, el VHC o el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)¹⁶. A pesar de este tamizaje inicial, más de 75.000 donaciones de sangre resultaron estar infectadas con el VHB o el VHC¹⁶.

El tamizaje universal de los suministros de sangre y los potenciales donantes deberían fortalecerse y mantenerse en la Región.

Mandato de la OMS sobre las hepatitis virales

Objetivos del mandato de la OMS sobre las hepatitis virales

En mayo de 2010, la 63^a Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA 63.18 en la que designa el 28 de julio como el Día Mundial de la Hepatitis y solicita al Director General:

- (1) establecer, en colaboración con los Estados Miembros, las directrices necesarias, estrategias, metas sujetas a plazos determinados y herramientas para la vigilancia, la prevención y el control de las hepatitis virales;

- (2) prestar el apoyo necesario al desarrollo de la investigación científica relacionada con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las hepatitis virales;
- (3) mejorar la evaluación de las repercusiones económicas mundiales y regionales y calcular la carga de las hepatitis virales;
- (4) apoyar, según corresponda, los Estados Miembros con recursos limitados en la conducción de eventos para señalar el Día Mundial de las Hepatitis;
- (5) invitar a organizaciones internacionales, instituciones financieras y otros socios para dar apoyo y asignar recursos en el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia, la prevención y los programas de control, las capacidades diagnósticas y de laboratorio, y la gestión de las hepatitis virales para un desarrollo de los países equitativo, más eficiente y adecuado;
- (6) fortalecer la Red Global para Inyecciones Seguras de la OMS;
- (7) colaborar con otras organizaciones en el sistema de las Naciones Unidas, los socios, las organizaciones internacionales y otros participantes destacados en la mejora del acceso a tratamientos de precio asequible en los países en vías de desarrollo;

Como resultado de este mandato, en los dos últimos años la OMS ha creado una estrategia basada en cuatro ejes técnicos que guíen su enfoque, y ha fortalecido sus recursos humanos para trabajar en esta estrategia.

Para despertar la conciencia sobre las hepatitis, el año pasado la OMS estableció y conmemoró el primer Día Mundial de la Hepatitis Mundial, 28 de julio de 2011. Para fortalecer las medidas de prevención y control, ahora la OMS está actualizando los cálculos de carga de la enfermedad y, está investigando y documentando las medidas de prevención y control rentables y basadas en la evidencia. Actualmente, la OMS también está formulando las directrices generales para el tamizaje, la atención y el tratamiento de las hepatitis, y está desarrollando una estructura centrada en la accesibilidad y asequibilidad del tratamiento.

Implementación Regional del mandato de la OMS sobre las hepatitis

Como Oficina Regional de la OMS en la Región de las Américas, la OPS ha dado una serie de pasos para responder al mandato de la OMS. El primero y más importante ha sido la creación de un grupo de trabajo (GT) inter-programático en hepatitis virales establecido oficialmente el 29 de julio de 2011 para maximizar y fortalecer los esfuerzos institucionales que aborden tan importante problema de salud pública.

Las siguientes áreas de la OPS y proyectos técnicos (representados por uno o más profesionales) fueron invitados a participar en el GT:

- Salud Familiar y Comunitaria (FCH)
 - Inmunizaciones (FCH/IM)
 - VIH e ITS (FCH/II)
- Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud (HSS)
 - Medicamentos y tecnologías sanitarias (HSS/MT)
- Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE)
 - Riesgos ambientales y ocupacionales (SDE/ER);
- Gestiones del conocimiento y comunicación (KMC)
- Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades (HSD)
 - Enfermedades transmisibles (HSD/CD)
 - Reglamento Sanitario Internacional, Alerta y Respuesta (HSD/IR).

Entre sus tareas iniciales, el GT desarrolló un paquete básico de herramientas distribuido en todas las representaciones de la OPS en los países para la preparación del Día Mundial de las Hepatitis en 2011. El paquete de herramientas ayudó a los países a fomentar el compromiso en este tema por parte de los Estados Miembros y a atraer socios para el establecimiento de una rutina en la celebración anual de esta fecha.

La siguiente actividad del GT de la OPS ha sido el desarrollo de este documento de concepto y una estrategia para abordar este problema de salud pública en la Región. Como parte de su esfuerzo para fortalecer las colaboraciones y promover un enfoque integrado, en noviembre de 2011, la OPS organizó una reunión que contó con la participación de dos socios externos, la División de Hepatitis Virales del CDC y la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH). Ambos socios expresaron su apoyo e interés en colaborar con la OPS. Un borrador de este documento fue discutido y revisado durante la reunión para recibir asesoramiento y opinión externa.

El presente documento establece la base conceptual para una estrategia institucional a largo plazo, todos los aspectos pertinentes a la mejora de la prevención, el manejo y el control de las HV en ALC fueron incluidos para consideración. Sin embargo, un enfoque progresivo y gradual será necesario en la elaboración del plan de acción vinculado a este documento.

Un plan de acción regional requerirá también la participación activa de los Estados Miembros para determinar objetivamente las prioridades de la Región. Por este motivo, las sedes de la OPS y la OMS, junto la CSIH, el CDC y la Alianza Mundial de la Hepatitis, han organizado una reunión que se celebrará en Bogotá, Colombia, en marzo de 2012. El presente documento será discutido con siete países de la Región, y la estrategia aquí presentada será revisada en función de los resultados de la reunión.

Estrategia y plan de acción propuestos

Meta

Reducir la carga de enfermedad de las hepatitis virales (HV) en América Latina y el Caribe (ALC)

Objetivos

General

Elaborar e implementar una estrategia regional integrada y un plan de acción para la vigilancia, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y el control de las HV en ALC

Específicos

1. Evaluar la situación actual y la carga de las HV en la región de ALC
2. Coordinar esfuerzos entre las áreas técnicas de la OPS representadas en el grupo de trabajo (GT) de HV de la OPS para la vigilancia, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y el control de las HV
3. Identificar los potenciales socios externos para el establecimiento de una red regional de recursos

4. Compartir datos y evidencias existentes con los países, así como iniciativas, estrategias, herramientas y experiencias en vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control de las HV
5. Apoyar los países para dirigirse adecuadamente al problema de las HV

Líneas estratégicas de trabajo de la OPS

De acuerdo con los ejes estratégicos de las hepatitis establecidos por la Organización Mundial de la Salud¹⁷ y las necesidades específicas previstas en la región de ALC, las siguientes líneas de trabajo se establecieron para mejorar la vigilancia, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y el control de las HV:

- Colaboraciones, movilización de recursos y comunicación
- Recogida y análisis de datos para políticas y acciones
- Prevención y control de la transmisión
- Tamizaje, diagnóstico, manejo clínico, tratamiento y seguimiento
- Investigación

Los siguientes son los principales resultados que la OPS espera como consecuencia de la estrategia regional. Estos resultados serán revisados y adaptados en la Reunión Regional en Bogotá, Colombia, marzo de 2012.

Resultados esperados de la OPS por líneas estratégicas de trabajo

Sírvase del Anexo 1 para más detalles sobre los resultados, los productos y servicios, y los indicadores

Línea de trabajo 1. Colaboraciones, movilización de recursos y comunicación

- R.E. 1.1 Una red regional de socios establecida, con recursos disponibles para la implementación del plan de trabajo en HV de la OPS
- R.E. 1.2 Campaña de sensibilización de las hepatitis virales desarrollada

Línea de trabajo 2. Recogida y análisis de datos para políticas y acciones

- R.E. 2.1 Fuentes de información existentes sobre hepatitis virales identificadas
- R.E. 2.2 Perfiles de hepatitis virales en los países finalizados para los países piloto
- R.E. 2.3 Establecimiento o fortalecimiento de los sistemas de vigilancia de la Región

Línea de trabajo 3. Prevención y control de la transmisión

- R.E. 3.1 Fortalecimiento de las capacidades de prevención y control de las HV
- R.E. 3.2 Fortalecimiento de los bancos de sangre y órganos para prevenir la transmisión de las HV
- R.E. 3.3 Fortalecimiento de las instituciones alimentarias y de saneamiento de aguas para prevenir la transmisión de las HV
- E.R. 3.4 Fortalecimiento de los sistemas de inmunizaciones para hepatitis

Línea de trabajo 4. Tamizaje, diagnóstico, manejo clínico, tratamiento y seguimiento

E.R. 4.1 Fortalecimiento de las capacidades de tamizaje, diagnóstico, manejo clínico, tratamiento y seguimiento de las hepatitis virales

Línea de trabajo 5. Investigación

R.E. 5.1 Estrategias sobre las necesidades de investigación en hepatitis virales en ALC

Cronología

La cronología para la aplicación de esta estrategia se discutirá y se acordará en la Reunión Regional celebrada en Colombia, Bogotá, en marzo de 2012.

Ejecución

Los pasos a seguir y los planes de trabajo son parte de los resultados esperados de la Reunión Regional celebrada en Colombia, Bogotá, en marzo de 2012.

Conclusiones

- El conjunto de las Hepatitis Virales se ha convertido en un problema principal de salud pública en la Región de las Américas y a nivel mundial. De todos los tipos, el VHB y el VHC son la causa principal de enfermedad severa y muerte.
- Salvo en el caso del VHC, no hay información disponible que proporcione estimas más exactas para cada tipo de hepatitis y todas en su conjunto en la Región de las Américas. Esta situación subraya la necesidad de un enfoque que incluya, como uno de sus pilares estratégicos, la obtención, recogida y análisis de datos para las HV.
- La falta o el retraso del diagnóstico de hepatitis es habitual con excepción de los bancos de sangre, esto se debe principalmente al curso silencioso de la enfermedad, la falta de información y la disponibilidad y el coste de las pruebas diagnósticas.
- La Región ha implementado con éxito los programas de vacunación para el VHB. Todos los países salvo Haití han incluido esta vacuna en sus programas rutinarios de vacunación, y 13 de todos los países y territorios de la Región han introducido también la vacunación en recién nacidos. En cuanto al VHA, la vacuna se ha introducido en los programas de vacunación universal de tres países de la región.
- En cuanto a los bancos de sangre, la Región ha usado el tamizaje inicial de los suministros de sangre como una medida para prevenir el VHB y el VHC. Sin embargo, el tamizaje debe fortalecerse para evitar el número significativo de donaciones de sangre infectadas con el VHB y/o el VHC.
- Consciente del problema significativo de salud pública debido a las HV, en 2010 los Estados Miembros de la OMS adoptaron la Resolución WHA 63.18, para despertar la conciencia de este problema de salud pública y señalar la necesidad de un enfoque integrado para prevenir y controlar el grupo de las hepatitis virales a nivel mundial.

- La OPS respondió al Mandato mediante la creación de un Grupo de Trabajo de enfoque inter-programático que uniera esfuerzos en la lucha contra las HV y des de diferentes perspectivas de salud pública.
- El Grupo de Trabajo también creó este documento de concepto, y lo revisó inicialmente con el CDC y la CSIH en noviembre de 2011. Después de incorporar las recomendaciones iniciales, el documento será revisado de nuevo durante la primera Reunión Regional sobre las Hepatitis Virales en marzo de 2012. Siete Estados Miembros han sido invitados a participar, y ser parte de las discusiones.
- La estrategia presentada en este documento está, por ahora, en plena concordancia con la estrategia y las líneas de trabajo de la OMS para abordar las hepatitis virales. Sin embargo, es posible que la estrategia aquí presentada sea modificada después de la reunión de marzo de 2012, para una mejor aproximación a las prioridades de la Región.
- Este documento presenta un primer enfoque para la presentación de las HV como un problema de salud pública que debería abordarse des una perspectiva regional e inter-programática. Este documento debe considerarse un trabajo en curso hasta que las primeras discusiones con los beneficiarios principales de su estrategia tengan lugar: los Estados Miembros de la Región de las Américas.

VERSIÓN PRELIMINAR

Referencias

1. World Health Organization. Hepatitis A. Key facts. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/en/index.html>. Last accessed: 26 October 2011.
2. World Health Organization: A63/15 Viral Hepatitis Report by the Secretariat. March 2010.
3. Farci P. Delta hepatitis: an update. *J Hepatol* 2003; 39 (suppl 1): S212-19.
4. Mushahwar IK. Hepatitis E virus: molecular virology, clinical features, diagnosis, transmission, epidemiology, and prevention. *J Med Virol*. 2008 Apr; 80(4):646-58.
5. FitzSimons D, D, Hendrickx G, Vorsters A, Van Damme P. Hepatitis A and E: update on prevention and epidemiology. *Vaccine* 2010; 28:583-8.
6. Jacobsen KH, Wiersma ST. Hepatitis A virus seroprevalence by age and world region, 1990 and 2005. *Vaccine*. 2010 Sep 24;28(41):6653-7.
7. Ott JJ, Stevens GA, Groeger J, Wiersma ST. Global epidemiology of hepatitis B virus infection: New estimates of age-specific HBsAg seroprevalence and endemicity. *Vaccine*. 2012 Jan 24. Ahead of print.
8. Kershenobich D, Razavi HA, Sanchez-Avila JF, Bessone F, Coelho HS, Dagher L, Gonçalves FL, Quiroz JF, Rodriguez-Perez F, Rosado B, Wallace C, Negro F, Silva M. Trends and projections of hepatitis C virus epidemiology in Latin America. *Liver Int* 2011 Jul; 31 Suppl 2: 18-29.
9. Pascarella S, Negro F. Hepatitis D virus: an update. *Liver Int*. 2011 Jan;31(1):7-21.
10. Alvarado-Mora MV, Gutierrez Fernandez MF, Gomes-Gouve[^]a MS, de Azevedo Neto RS, Carrilho FJ, et al. (2011) Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) and Hepatitis Delta (HDV) Viruses in the Colombian Population—How Is the Epidemiological Situation? *PLoS ONE* 2011 Apr 29;6(4): e18888.
11. Viana S, Paraná R, Moreira RC, Compri AP, Macedo V. High prevalence of hepatitis B virus and hepatitis D virus in the western Brazilian Amazon. *Am J Trop Med Hyg*. 2005 Oct;73(4):808-14.
12. Aggarwal R. The global prevalence of hepatitis E virus infection and susceptibility: a systemic review. Geneva: World Health Organization; 2010 [WHO/IVB/10.14]
13. Strauss E. Barriers to care of chronic hepatitis patients in Latin America. *Arch Med Res*. 2007 Aug;38(6):711-5.
14. Pan American Health Organization/World Health Organization: Final Report of the XIX Technical Advisory Group on vaccine-preventable diseases meeting. July 2011.
15. Pan American Health Organization/World Health Organization. Vaccination against Hepatitis B in the Americas. Available at: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5707&Itemid=4161
16. Pan American Health Organization/World Health Organization. Supply of Blood for Transfusion in the Caribbean and Latin American countries, 2006, 2007, 2008 and 2009. Progress of the Regional Plan of Action for Transfusion Safety 2006-2010. Published 2011.
17. World Health Organization. Hepatitis Strategy at a Glance: From WHO Products to Results in Countries. Available at: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5707&Itemid=4161. June 2011.

Anexo 1. Estrategia Regional sobre las Hepatitis Virales: Modelo Lógico

Línea de trabajo	Resultados esperados	Resultados a medio plazo	Productos y Servicios (tareas)	Indicadores
1. Colaboraciones, movilización de recursos y comunicación	1.1 Una red regional de socios establecida, con recursos disponibles para la implementación del plan de trabajo en HV de la OPS	<ul style="list-style-type: none"> Socios internos de la OPS identificados e implicados Socios externos para para colaboración técnica identificados e implicados Recursos disponibles (humanos, financieros, técnicos) identificados para la implementación del plan de trabajo de HV de la OPS Países socios identificados para la implementación del plan de trabajo de HV en la OPS (en concordancia con la recopilación y análisis de datos) 	<ul style="list-style-type: none"> Teleconferencias periódicas Reuniones presenciales de coordinación con los socios externos principales Reuniones presenciales de coordinación dentro de la OPS Reuniones presenciales de coordinación en los países socios 	<ul style="list-style-type: none"> Términos de referencia para el grupo de trabajo de la OPS finalizados Lista de socios externos Lista de países socios Lista de recursos disponibles según el socio
	1.2 Campaña de sensibilización de las hepatitis virales desarrollada	<ul style="list-style-type: none"> Plan de acción institucional de la OPS desarrollado para la conmemoración del Día Mundial de las Hepatitis en 2012 Campaña Regional de Hepatitis Víricas desarrollada 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración y distribución de materiales Reuniones presenciales de coordinación con las instituciones que trabajaban en los países con poblaciones de riesgo o vulnerables 	<ul style="list-style-type: none"> Materiales elaborados y distribuidos en la Región Conmemoración del Día Mundial de las Hepatitis en al menos un país piloto Sitio web de hepatitis actualizado para el Día Mundial de las Hepatitis de 2012
2. Recogida y análisis de datos para políticas y acciones	2.1 Fuentes de información existentes sobre hepatitis virales identificadas	<ul style="list-style-type: none"> Consulta regional de datos y socios que 	<ul style="list-style-type: none"> Reunión para discutir la viabilidad de la 	<ul style="list-style-type: none"> Herramienta de consulta desarrollada

Ayuda Memoria Reunión Regional sobre Hepatitis Virales, Bogotá, Marzo 2012.

Línea de trabajo	Resultados esperados	Resultados a medio plazo	Productos y Servicios (tareas)	Indicadores
		trabajan en HV en ALC <ul style="list-style-type: none"> • Socios identificados a nivel de país (en concordancia con la línea de trabajo del socio) • Enumeración y clasificación de las fuentes de datos 	consulta regional <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de las herramientas existentes de consulta (por ejemplo, Alianza Mundial de las Hepatitis y WPRO) • Creación de una herramienta de consulta • Ejecución de la consulta con la ayuda de las representaciones de la OPS en los países • Análisis y publicación de resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados publicados
	2.2 Perfiles de hepatitis virales de los países terminados para los países piloto	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de la metodología para la obtención de los perfiles de país en al menos tres países piloto • Evaluación y revisión de la metodología y las mejoras de las lecciones aprendidas en la implementación en los primeros países piloto • Perfiles de los países documentados 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de las herramientas existentes de consulta (por ejemplo, Alianza Mundial de las Hepatitis y WPRO) • Elaboración de protocolos/metodología para construir los perfiles de país de HV en ALC • Piloto en al menos tres países • Análisis y documentación de los resultados • Evaluación de la metodología • Difusión de los resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología terminada • Perfiles de país terminados para al menos tres países piloto • Documento sobre las lecciones aprendidas y resultados publicados
	2.3 Establecimiento o	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de planes de 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones nacionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Planes de trabajo

Línea de trabajo	Resultados esperados	Resultados a medio plazo	Productos y Servicios (tareas)	Indicadores
	fortalecimiento de los sistemas de vigilancia de la Región	trabajo nacionales con metas específicas, cronologías y socios <ul style="list-style-type: none"> • Implementación de planes de trabajo de acuerdo con las necesidades del país • Fortalecimiento de las capacidades de los servicios de salud para la vigilancia de las hepatitis virales 	con las contrapartes para desarrollar planes de trabajo <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación de los servicios de atención a salud en vigilancia de hepatitis virales 	terminados <ul style="list-style-type: none"> • Informes de progreso sobre los planes de trabajo que están siendo implementados • Lista de profesionales que participaron en la capacitación
3. Prevención y control de la transmisión	3.1 Fortalecimiento de las capacidades de prevención y control de las hepatitis virales	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de un grupo <i>ad hoc</i> o GAT para revisar y proporcionar recomendaciones técnicas de prevención de las hepatitis • Elaboración y difusión de directrices de prevención de las hepatitis en ALC • Implementación de las directrices en países seleccionados 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones del grupo de trabajo o el GAT para el desarrollo o adaptación de las directrices de prevención • Difusión de las directrices (en línea o impreso) • Desarrollo y realización de talleres de capacitación par la prevención, el control y la epidemiología de hepatitis • Inclusión de las directrices de prevención en los planes de trabajo nacionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de los miembros del grupo de trabajo o GAT • Recomendaciones del GAT • Lista de profesionales que participaron en los talleres de capacitación • Versión final de las directrices de prevención
		<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración y distribución de un paquete de herramientas para la prevención de las HV en ALC 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de materiales en diferentes idiomas • Difusión de los paquetes de herramientas a nivel de país 	<ul style="list-style-type: none"> • Paquete de herramientas terminado y diseminado

Ayuda Memoria Reunión Regional sobre Hepatitis Virales, Bogotá, Marzo 2012.

Línea de trabajo	Resultados esperados	Resultados a medio plazo	Productos y Servicios (tareas)	Indicadores
		<ul style="list-style-type: none"> Promover y brindar apoyo al establecimiento de grupos de sociedad civil para la prevención y el control de la transmisión de las HV, incluyendo la formación de alianzas con socios a nivel nacional e internacional 	<ul style="list-style-type: none"> Abogacía a nivel nacional a través de reuniones presenciales o en línea Participación de grupos de sociedad civil en el enfoque integrado de las HV en ALC 	<ul style="list-style-type: none"> Acciones y actividades organizadas e implementadas a través de grupos de sociedad civil Participación de grupos de sociedad civil en la lucha contra las HV en ALC
	3.2 Fortalecimiento de los bancos de sangre y órganos para prevenir la transmisión de las HV	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo a los bancos de sangre y órganos para prevenir la transmisión de las HV 	<ul style="list-style-type: none"> Actividades de concientización para garantizar el tamizaje de sangre y órganos Seguimiento de las estadísticas anuales de los bancos de sangre y órganos Fortalecimiento y talleres de capacitación sobre el tamizaje de sangre y órganos 	<ul style="list-style-type: none"> Difusión de directrices y herramientas existentes para bancos de sangre y órganos Publicación de estadísticas anuales Reducción de las donaciones de sangre/órgano infectadas
	3.3 Fortalecimiento de las instituciones alimentarias y de saneamiento de aguas para prevenir la transmisión de las HV	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo a las instituciones alimentarias y de saneamiento de aguas para prevenir la transmisión de las HV 	<ul style="list-style-type: none"> Actividades de concienciación para prevenir la contaminación de los alimentos y el agua Fortalecimiento y talleres de capacitación sobre el saneamiento de los alimentos y el agua 	<ul style="list-style-type: none"> Difusión de directrices y herramientas existentes para las instituciones alimentarias y de saneamiento de aguas Reducción de los casos de hepatitis debidos alimentos o aguas contaminadas
	3.4 Fortalecimiento de los sistemas de inmunizaciones para hepatitis	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo a nivel de país en la vacunación contra el VHB Estudios elaborados para evaluar el impacto de la vacuna contra la hepatitis A en la Región y para 	<ul style="list-style-type: none"> Reuniones periódicas con el GAT de Inmunizaciones de la OPS Apoyo técnico a los países que deseen 	<ul style="list-style-type: none"> Uso de la vacuna contra el VHB en todos los países de ALC Introducción en 6 países de ALC de las dosis en recién nacidos de la vacuna contra

Línea de trabajo	Resultados esperados	Resultados a medio plazo	Productos y Servicios (tareas)	Indicadores
		determinar la rentabilidad de la introducción de vacuna del VHA en el resto de países <ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de los sistemas de información para la cobertura de la vacunaciones de hepatitis 	introducir/reforzar los sistemas de inmunización	el HBV <ul style="list-style-type: none"> Publicación de resultados sobre el impacto de la vacuna del VHA en países de ALC Introducción de la vacuna del VHA en algunos de países de ALC
4. Tamizaje, diagnóstico, manejo clínico, tratamiento y seguimiento	4.1 Fortalecimiento de las capacidades de tamizaje, diagnóstico, manejo clínico, tratamiento y seguimiento de las hepatitis virales	<ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de un grupo de trabajo <i>ad hoc</i> o GAT para revisar y proveer recomendaciones técnicas sobre el diagnóstico, tratamiento y manejo clínico de las hepatitis Desarrollo y difusión de las directrices de diagnóstico, tratamiento y manejo clínico de las HV en ALC Implementación de las directrices en países seleccionados Desarrollo y distribución de un paquete de herramientas para el diagnóstico, tratamiento y manejo clínico de las HV en ALC 	<ul style="list-style-type: none"> Reuniones del grupo de trabajo o GAT para el desarrollo o la adaptación de las directrices de diagnóstico, tratamiento y manejo clínico Difusión de las directrices (en línea o impreso) Desarrollo y realización de talleres de capacitación para el diagnóstico, el tratamiento y el manejo clínico de las hepatitis Inclusión de las directrices de diagnóstico, tratamiento y manejo clínico en los planes de trabajo nacionales Desarrollo de materiales en diferentes idiomas Difusión del paquete de herramientas a nivel de país 	<ul style="list-style-type: none"> Lista de los miembros del grupo de trabajo o GAT Recomendaciones del grupo de trabajo o GAT Lista de profesionales que participaron en los talleres Directrices finales de diagnóstico, tratamiento y manejo clínico Paquete de herramientas terminado y distribuido

Línea de trabajo	Resultados esperados	Resultados a medio plazo	Productos y Servicios (tareas)	Indicadores
		<ul style="list-style-type: none"> Análisis de costes de la terapia (VHB y VHC) y los suministros médicos (todos los tipos) con el objetivo de reducir el coste 	<ul style="list-style-type: none"> Realización de análisis de rentabilidad de terapias y suministros médicos Reuniones presenciales para facilitar y promover acuerdos que permitan reducir los costes de la terapia y de los suministros médicos de las HV 	<ul style="list-style-type: none"> Reducción del coste de la terapia y de los suministros médicos de las HV
<p>5. Investigación</p>	<p>5.1 Estrategias sobre las necesidades de investigación en hepatitis virales en ALC</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mejora del conocimiento de las VH en ALC Evaluación de la forma de entrega y la eficacia de las intervenciones 	<ul style="list-style-type: none"> Diseño de estudios y análisis de datos para describir la epidemiología de las HVH en ALC Diseño de estudios y análisis de datos para medir el resultado y la eficacia de las intervenciones 	<ul style="list-style-type: none"> Documento sobre enseñanzas extraídas y resultados publicados

VERSIÓN PRELIMINAR



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Anexo III

Reunión Regional sobre hepatitis virales Bogotá, Colombia

Marzo 1 y 2 del 2012

Objetivos

- Analizar la situación actual de las hepatitis virales en la Región
- Discutir la propuesta de trabajo de la OPS/OMS sobre las hepatitis virales.
- Determinar las prioridades regionales de colaboración.

Jueves 1 de marzo del 2012

08:00 a 08:30	Registro
08:30-09:00	<ul style="list-style-type: none">• Palabras de bienvenida Representantes por el Ministerio de Salud de Colombia y por la OPS/OMS Colombia• Palabras de apertura – Dr.L.G. castellanos• Objetivos de la Reunión, Programa y plan de trabajo - L.G. castellanos
09:00-9:30	Programa Mundial de la OMS contra la Hepatitis S. Briand <ul style="list-style-type: none">• Resumen del programa mundial de la OMS contra la hepatitis• Estrategia del programa
09:30-10:30	La hepatitis viral en los países de América Latina y el Caribe: Análisis de la situación general <ul style="list-style-type: none">• Situación actual de las HV en América Latina y el Caribe, y estimaciones mundiales L.G. castellanos• Trabajo colaborativo de la OPS en HV (parte 1)<ul style="list-style-type: none">○ Inmunizaciones - A. Roper○ Bancos de sangre - J. Cruz• Discusión
10:30-10 :40	Receso para el café
10 :40–11:00	Marco de referencia de HV de la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH) A. Marshall, J. Roberts <ul style="list-style-type: none">• Líneas de trabajo de la CSIH en HV y experiencia en América Latina y el Caribe• Expectativas y posibles contribuciones para trabajar en América Latina y el

Caribe

- 11:00–11:20 **Marco de referencia de HV de la División de Hepatitis Virales del CDC**
F. Averhoff
- Plan estadounidense para el control de las HV
 - Enfoque del CDC y los Estados Unidos para la colaboración mundial en HV
- 11:20–11:40 **Alianza Mundial contra las Hepatitis**
R. José
- Líneas de trabajo de la Alianza Mundial en HV y experiencia en América Latina y el Caribe
 - Expectativas y posibles contribuciones para trabajar en América Latina y el Caribe
- 11:40–12:15 Discusión
- 12:15–13:00 **Almuerzo**
- 13:00–13:30 **Argentina. La vigilancia, prevención y control de HV: lecciones aprendidas en HAV**
A. Rearte
- 13:30–14:00 **Cuba. La vigilancia, prevención y control de HV: lecciones aprendidas en HBV**
M. Fontes
- 14:00–14:20 Discusión
- 14:20–14:30 **Receso para el café**
- 14:30–17:00 **Mesa redonda, análisis de situación de las HV y lecciones aprendidas.**
- **Brasil** – J. Ribeiro
 - **Colombia** – Por determinar
 - **Honduras** – E. Bú
 - **Jamaica** – S. Copeland
 - **Perú** – C. Cabezas
- Un representante de cada país participante. Moderador, L. G. Castellanos.
- 17:00–17:15 Palabras de clausura y conclusiones del primer día

Viernes 2 de marzo del 2012

- 8:30 – 9:00 **Evaluación basada en modelos de las estrategias de intervención contra la hepatitis C**
R. Thein
- Métodos de modelaje.

	<ul style="list-style-type: none">• Análisis de costo-efectividad y costo-utilidad de las estrategias de prevención y tratamiento.
9:00 – 9:40	PAHO Collaborative work (parte 2) <ul style="list-style-type: none">• Coinfección HCV - VIH - R. Mazín• Salud ocupacional y HV - J. Rodríguez
9:40–10:40	Revisión de la propuesta de HV del grupo de trabajo de la OPS L.G. castellanos <ul style="list-style-type: none">• Metas y objetivos• Líneas estratégicas• Resultados previstos para cada una de las líneas estratégicas:<ul style="list-style-type: none">○ Asociaciones, movilización de recursos y comunicación○ Recopilación y análisis de datos para política y acción○ Prevención y control de transmisión○ Tamizaje, diagnóstico, atención y tratamiento○ Investigación• Discusión abierta
10:40–11:00	Receso para el café
11:00 12:30	Grupos de trabajo – Fase 1: Establecimiento de una estrategia de HV para América Latina (3 o 4 grupos de discusión) <ul style="list-style-type: none">• Revisión y comentarios al documento• Definición de prioridades regionales
12:00–13:00	Discusión sobre estrategia regional
13:00–14:00	Almuerzo
14:00 – 14:30	Planificación del Día Mundial de la Hepatitis para el 2012 en América Latina y el Caribe S. Briand, R. Jose, J. Roberts <ul style="list-style-type: none">• Revisión de las actividades para el Día Mundial de la Hepatitis de 2011 en América Latina y el Caribe• Revisión de actividades para el Día Mundial de la Hepatitis 2012
14:30-16:00	Grupos de trabajo – Fase 2: Establecimiento de planes de trabajo nacionales para América Latina (2 grupos) <ul style="list-style-type: none">• Definición de prioridades basados en lecciones aprendidas de la Fase 1• Recomendaciones para preparación de plan y cronograma de trabajo• Preparación para el Día Mundial de las Hepatitis 2012• Identificación de socios potenciales para la implementación del plan• Definición de roles y responsabilidades
16:00-16:30	Presentación y discusión de los resultados de la fase 2
16:30–17:30	Conclusiones y recomendaciones



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Anexo IV

Reunión sobre Hepatitis Virales 1-2 marzo, 2012 Bogotá, Colombia

Lista de Participantes

Argentina

Nombre: Analia Rearte
Cargo: Medica Pediatra / Epidemióloga
Institución: Ministerio de Salud
Dirección: Libres de Salud 2027
Teléfono: 1 223156327680
Correo Electr.: analiarearte@hotmail.com
País: Argentina

Brasil

Nombre: Jorge Eurico Ribeiro
Cargo: Asesor Tecnico
Institución: Ministerio de Salud
Dirección: SAF Sul trecho 2, Bloco F, Ed. Premium I, Piso A, sala 3 Brasilia
Teléfono: 55 61-330670337
Correo Electr.: jorge.ribeiro@aids.gov.br
País: Brasil

Cuba

Nombre: Maira Fontes Reyes
Cargo: Jefa Programa Nacional de Hepatitis Virales
Institución: Ministerio de Salud Pública
Dirección: Calle 23 entre N y M, Vedado, La Habana
Teléfono: 838 33 38
Correo Electr.: mrfontes@infomed.sld.cu
País: Cuba

Honduras

Nombre: Efraín Bú Figueroa
Cargo: Jefe del Servicio de Infectología del Hospital - Escuela
Institución: Hospital Escuela
Dirección: Col. Lomas Guijarro Casa # 137 Tegucigalpa
Teléfono: (504) 9992-6145
Correo Electr.: efrabu@hotmail.com
País: Honduras

Jamaica

Nombre: Dr. Sonia Copeland
Cargo: Director of Health Promotion and Protection Division
Institución: Ministry of Health
Dirección: Oceana Complex, 2-4 King St, Kingston
Teléfono: (876) 470 4848
Correo Electr.: copelands@moh.gov.jm
País: Jamaica

Perú

Nombre: Dr. Cesar Cabezas
Cargo: Representante de Perú ante el TDR/OMS
Institución: Instituto Nacional de Salud
Dirección: Capac Yupanqui 1400 Jesús María
Teléfono: 51 964955333
Correo Electr.: salljaruna@yahoo.com
País: Perú

Colombia

Nombre: Ana Betty Higuera
Cargo: Programa PAI, Dirección de Promoción y Prevención
Institución: Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 # 32-76
Teléfono: 3305000 Ext.1273
Correo Electr.: anabhiguera@yahoo.es
País: Colombia

Nombre: Danik Valera
Cargo: Subdirectora de Vigilancia y Control
Institución: Instituto Nacional de Salud
Dirección: Av. Calle 26 # 51 -20
Teléfono: Cel. 3105634966
Correo Electr.: dvalera@ins.gov.co
País: Colombia

Nombre: Diego García
Cargo: Coordinador Programa PAI. Dirección de Promoción y Prevención
Institución: Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 # 32-76
Teléfono: Cel. 3115617802 Fijo: 3305000 Ext.1271
Correo Electr.: dgarcial@minsalud.gov.co
País: Colombia

Nombre: Fernando De la Hoz
Cargo: Profesor Titular
Institución: Universidad Nacional de Colombia
Dirección: Calle 25 # 68A 70 Apto 202
Teléfono: 3165000 ext 15086
Correo Electr.: fpdelahozr@unal.edu.co
País: Colombia

Nombre: Francisco Tafur
Cargo: Subdirección de Riesgos Profesionales. Dirección de Aseguramiento en Salud y riesgos profesionales.
Institución: Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 # 32-76
Teléfono: 3305000 Ext.1256
Correo Electr.: ftafur@minsalud.gov.co
País: Colombia

Nombre: Hugo Cárdenas López
Cargo: Decano de la Facultad de Medicina
Institución: Universidad El Bosque
Dirección: Carrera 7a B Bis # 132 - 11
Teléfono: 6489000 Ext. 1207
Correo Electr.: medicina@unbosque.edu.co ; cardenashugo@unbosque.edu.co
País: Colombia

Nombre: Isabel Cristina Idárraga
Cargo: Dirección de Promoción y Prevención. Programa de VIH, ITS/Sifilis Gestacional y Congénita

Institución: Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 # 32-76
Teléfono: 3305000 Ext. 1416
Correo Electr.: iidarraga@minproteccion-social.gov.co
País: Colombia

Nombre: Jackeline Espinosa
Cargo: Grupo de Enfermedades Transmitidas por Alimentos. Subdirección de Vigilancia y Control

Institución: Instituto Nacional de Salud
Dirección: Av. Calle 26 # 51 -20
Teléfono: 2207700 Ext. 1432/1433
Correo Electr.: jespinosa@ins.gov.co
País: Colombia

Nombre: Jackeline Palacios
Cargo: Programa PAI, Dirección de Promoción y Prevención
Institución: Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 # 32-76
Teléfono: 3305000 Ext.1273
Correo Electr.: jpalacios@minsalud.gov.co
País: Colombia

Nombre: Jorge Boshell
Cargo: Jefe Bioseguridad Banco de Huesos Tejidos
Institución: Fundación Cosme y Damian
Dirección: Calle 119 A #7-91
Teléfono: 6583200
Correo Electr.: jboshell@cyd.bank.org
País: Colombia

Nombre: Luz Marina Duque Torres
Cargo: Coordinadora PAI - Secretaria Distrital de Salud de Bogotá
Institución: Secretaria Distrital de Salud Bogotá
Dirección: Calle 13 # 32-69
Teléfono: 3649090 Ext. 9876
Correo Electr.: lmduque@saludcapital.gov.co
País: Colombia

Nombre: María Teresa Espinosa Restrepo
Cargo: Directora -Especialización Salud Ocupacional
Institución: Universidad El Bosque
Dirección: Carrera 7a B Bis # 132 - 11

Teléfono: Directo: 6489076
Correo Electr.: espinosamaria@unbosque.edu.co
País: Colombia

Nombre: Mauricio Beltrán Durán
Cargo: Coordinación de Bancos de Sangre y Subdirección de Red de Laboratorio
Institución: Instituto Nacional de Salud
Dirección: Av. Calle 26 # 51 -20
Teléfono: Cel. 3108037388 Fijo: 2212219
Correo Electr.: mbeltrand@ins.gov.co
País: Colombia

Nombre: Patricia Arce Guzmán
Cargo: Acciones en Salud – Dirección de Salud Pública
Institución: Secretaria Distrital de Salud Bogotá
Dirección: Calle 13 # 32-61
Teléfono: 3649090 Ext. 9570
Correo Electr.: parce@saludcapital.gov.co
País: Colombia

Nombre: Ricardo Luque Núñez
Cargo: Asesor Dirección de Promoción y Prevención. Programa de VIH, ITS.
Institución: Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 # 32-76 Piso 14
Teléfono: 3305000 Ext. 1424
Correo Electr.: rluque@minsalud.gov.co
País: Colombia

Nombre: Ruben Robayo
Cargo: Referente Hepatitis B y C, Grupo ITS. Subdirección de Vigilancia y Control
Institución: Instituto Nacional de Salud
Dirección: Av. Calle 26 # 51 -20
Teléfono: Cel. 3017947275
Correo Electr.: rrobayo@ins.gov.co; rubenrobayo799@yahoo.com
País: Colombia

Nombre: Teresa Moreno
Cargo: Dirección de Promoción y Prevención. Programa de VIH, ITS.
Institución: Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 # 32-76
Teléfono: 3305000 Ext. 1416
Correo Electr.: teremorenoch@yahoo.com.mx
País: Colombia

Socios

Alianza Mundial contra las Hepatitis

Nombre: Charles Gore
Cargo: President
Institución: World Hepatitis Alliance
Dirección: 1, Baden Place, London SE 1YW
Teléfono: 44 (0) 20 7378 0159
Correo Electr.: Charles.Gore@worldhepatitisalliance.org
País: United Kingdom

Nombre: Raquel José
Cargo: International Relations Director
Institución: World Hepatitis Alliance
Dirección: 1, Baden Place, London SE 1YW
Teléfono: 44 (0) 20 7378 0159/44101 7920202120- blackberry
Correo Electr.: Raquel.Jose@worldhepatitisalliance.org
País: United Kingdom

Canadá

Nombre: Allison Marshall
Cargo: Project Coordinator, Global Hepatitis C Network
Institución: Canadian Society for International Health
Dirección: One Nicholas St, Suite 1105, Ottawa ON K1N 7B7
Teléfono: 613-241-5785 ext 303
Correo Electr.: amarshall@csih.org
País: Canada

Nombre: Hla Hla Thein (Rosie)
Cargo: Assistant Profesor
Institución: Divison of Epidemiology Dalla Lana School of Public Health - Univ. Of Toronto
Dirección: 155 Colleague Street 5th Floor Rm 560, toronto, ON, Canada M5T 3MT
Teléfono: 416-978-2020
Correo Electr.: rosie.thein@utoronto.ca
País: Canada

Nombre: Janet Hatcher Roberts
Cargo: Executive Director
Institución: Canadian Society for International Health
Dirección: One Nicholas St, Suite 1105, Ottawa ON K1N 7B7
Teléfono: 6132415785x302
Correo Electr.: jroberts@csih.org
País: Canada

Estados Unidos de América

Nombre: Francisco Averhoff
Cargo: Associate Director for Global Health –Division of Viral Hepatitis
Institución: Centers for Disease Control
Dirección: 1600 Clifton Road, MS G-37
Teléfono: 404 718-8501
Correo Electr.: fma0@cdc.gov
País: United States

Nombre: Monina Klevens
Cargo: Epidemiologist
Institución: Centers for Disease Control
Dirección: 1600 Clifton Road, MS G-37
Teléfono: 404-718-8506
Correo Electr.: rmk2@cdc.gov
País: United States

Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud

Nombre: Alba María Roperó Alvarez
Cargo: Regional Advisor on Immunization, Family and Community Health
Institución: Pan American Health Organization
Dirección: 525 23rd. St. N.W. Washington, DC 20037
Teléfono: 202-974-3706
Correo Electr.: roperoal@paho.org
País: United States

Nombre: Bertha Gómez
Cargo: Asesora Subregional VIH/SIDA Países Andinos
Institución: OPS/OMS
Dirección: Carrera 7 # 74 -21 P. 9
Teléfono: 3144141 Est. 41103
Correo Electr.: gomezber@paho.org
País: Colombia

Nombre: Melania Flores
Cargo: Program Management & Partnership Specialist
Institución: Pan American Health Organization
Dirección: 525 23rd. St. N.W. Washington, DC 20037
Teléfono: 202-974-3020
Correo Electr.: floresme@paho.org
País: United States

Nombre: José Ramiro Cruz
Cargo: Consultant
Institución:
Dirección: 44408 Maltese Falcon SQ;, Ashburn, VA 20147
Teléfono: 703-729-0875
Correo Electr.: jcruz62004@aol.com
País: United States

Nombre: Julietta Rodríguez Guzmán
Cargo: Regional Advisor on Workers' Health, Sustainable Development & Environmental Health SDE
Institución: Pan American Health Organization
Dirección: 525 23rd. St. N.W. Washington, DC 20037
Teléfono: 202-974-3307
Correo Electr.: rodriguezj@paho.org
País: United States

Nombre: Luis G. Castellanos
Cargo: Coordinador Prevention and Control of Comm. Diseases
Institución: Pan American Health Organization
Dirección: 525 23rd. St. N.W. Washington, DC 20037
Teléfono: 202-974-3191
Correo Electr.: castellanosl@paho.org
País: United States

Nombre: Nuria Diez Padrisa
Cargo: Consultant
Institución:
Dirección: 4607 Connecticut Ave, N.W. Apt 617, Washington, DC 20008
Teléfono: 202-469-2389
Correo Electr.: dz.nuria@gmail.com
País: United States

Nombre: Rafael Mazin
Cargo: Senior Advisor, HIV/STI & Hepatitis
Institución: Pan American Health Organization

Dirección: 525 23rd. St. N.W. Washington, DC 20037

Teléfono: 202-974-3489

Correo Electr.: mazinraf@paho.org

País: United States

Nombre: Sylvie Briand

Cargo: Coordinator

Institución: World Health Organization

Dirección: 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

Teléfono: 41-22 79-12372

Correo Electr.: briands@who.int

País: Switzerland

Nombre: Guillermo Guibovich

Cargo: Asesor en Evidencias en Salud y Control de Enfermedades

Institución: OPS/OMS

Dirección: Carrera 7 # 74 -21 P. 9

Teléfono: 3144141 Ext. 41111

Correo Electr.: guibovic@paho.org

País: Colombia

Nombre: María Crisitina Pedreira

Cargo: Asesora en Inmunizaciones

Institución: OPS/OMS

Dirección: Carrera 7 # 74 -21 P. 9

Teléfono: 3144141 Ext. 41170

Correo Electr.: pedreira@paho.org

País: Colombia

Nombre: Roberto Montoya A.

Cargo: Consultor Nacional Enfermedades Transmisibles

Institución: OPS/OMS

Dirección: Carrera 7 # 74 -21 P. 9

Teléfono: 3144141 Ext. 41115

Correo Electr.: montoyar@paho.org

País: Colombia

Nombre: Valeska Stempliuk

Cargo: Advisor, Infection Control

Institución: Pan American Health Organization

Dirección: Av. Brasil 2697, Apts 5, 6 y 8, Esquina Coronel Alegre, Montevideo

Teléfono: 202-974-3194

Correo Electr.: stempliv@paho.org

País: Uruguay

VERSIÓN PRELIMINAR

Anexo V

Hepatitis strategy at a glance: From WHO products to results in countries

Strategic axis	WHO products (Attribution)	In country results (Contribution)		
	WHO products	Country basic operational framework		Outcome/ impact
		Plans	Results	
1. Partnership, mobilization and communication	Support for World Hepatitis Day	Hepatitis Day action	- High awareness - Absence of discrimination	- Reduced rates of new infections
	Network of collaborating centres	Centres of excellence		
	Civil society collaborations	National patient group		
	Resource mobilization strategy	Funded national plan		
	External communication strategy	IEC strategy		
2. Data for policy and action	Disease burden estimates	Burden estimates	- Evidence based, cost-effective policy and plans	- Reduced fulminant hepatitis mortality
	Impact assessment tools	National sero-survey (s)		
	Surveillance and outbreak investigation standards	Sentinel surveillance sites		
	Country profiles	Coordination cell at MoH		
	Research agenda	National research agenda		
3. Prevention of transmission	Guidance and tools for immunization for A, B and E	EPI schedule and SOPs	- Immunization coverage increased - Safe health care - Safe sex - Harm reduction	- Improved quality of life for patients with chronic hepatitis
	Safe health care standards and tools	BBV [†] prevention plans		
	Harm reduction tools for injection drug users	IDU care programme		
	Safe food and water strategies	Food and water safety		
	Safe sexual practice guidance	Health promotion		
4. Screening, care and treatment	Screening and counseling resource package	National screening plans	- Infected patients identified, care provided and treated	- Reduced mortality from cirrhosis and HCC [*]
	Diagnostic standards	Lab SOPs and network		
	Care and treatment guidelines for B and C	National care policy / plans		
	Training package for health care providers	National curriculum		
	Equity in access to treatment and drugs	Essential medicines in list		

* Hepatocellular carcinoma

† Blood-borne viruses