



**REUNION REGIONAL DE  
DIRECTORES DE PROGRAMAS DE  
ELIMINACION DE LEPROA DE LOS  
PAISES DE AMERICA LATINA Y EL  
CARIBE.**

**GUAYAQUIL - ECUADOR**

**26 - 30 DE AGOSTO 2013.**

***SITUACIÓN DEL ESTADO ACTUAL, AVANCES Y  
DIFICULTADES DE LOS PAÍSES HACIA EL LOGRO DE LA  
META DE ELIMINACIÓN DE LA LEPROA.***

Memorias de Reunión realizada del 26 al 30 de Agosto de 2013, con los Directores de los programas de lepra de los países de la Región.

## TABLA DE CONTENIDOS

GLOSARIO DE SIGLAS Y ACRONIMOS:.....	10
OBJETIVO.....	11
RESUMEN EJECUTIVO.....	11
INAUGURACION.....	12

### **DIA 1.- SITUACIÓN ACTUAL DE LA LEPROSA, PROGRESO Y DESAFÍOS HACIA EL LOGRO DE LAS METAS GLOBALES Y REGIONALES.**

SESION.-1 .SITUACION EPIDEMIOLOGICA MUNDIAL Y REGIONAL.....	14
SITUACION DE LA LEPROSA EN EL MUNDO.....	14
SITUACION DE LA LEPROSA EN LAS AMERICAS.....	21
SITUACION DE LEPROSA EN BRASIL.....	27
DISCUSION.....	31
SESION 2. ESTRATEGIA MUNDIAL MEJORADA PARA UNA MAYOR REDUCCION DE LA CARGA DE ENFERMEDAD DEBIDA A LA LEPROSA (2011-2015). AVANCES Y SITUACION ACTUAL.....	32
PRESENTACION DE LA ESTRATEGIA Y DE LOS AVANCES A MITAD DE PERIODO HACIA SU IMPLEMENTACION Y LOGRO DE SUS OBJETIVOS.....	32
DISCUSION .....	35
TRABAJO EN GRUPO ESTABLECER 3 DESAFIOS Y 3 ACCIONES.....	37
GRUPO # 1 PAISES CON CARGA MAS DE 100 CASOS NUEVOS EN EL AÑO.....	37
GRUPO # 2 PAISES CON CARGA MENOR A 100 CASOS NUEVOS EN EL AÑO.....	38
GRUPO # 3 PAISES CON CERO CASOS NUEVOS.....	39
DISCUSION.....	40

## **DIA 2.- PLAN DE TRABAJO DE LOS PAISES DE LA REGION DE LAS AMERICAS PARA ENFRENTAR LOS RETOS EN LA ELIMINACION DE LA LEPROSIA**

<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL DIA 1.....</b>	<b>41</b>
<b>SESION 3.- PLAN DE TRABAJO DE LOS PAISES: ABORDANDO LOS DESAFIOS REGIONALES.....</b>	<b>43</b>
<b>PRESENTACION DE RESULTADOS GRUPO # 1. ....</b>	<b>44</b>
<b>PRESENTACION DE RESULTADOS GRUPO # 2 .....</b>	<b>46</b>
<b>PRESENTACION DE RESULTADOS GRUPO # 3.....</b>	<b>48</b>
<b>DISCUSION.....</b>	<b>49</b>

## **DIA 3.- ELIMINACION DE LA ESTIGMATIZACION Y DISCRIMINACION DE LOS PACIENTES AFECTADOS POR LEPROSIA Y SUS FAMILIARES, PREVENCION, MANEJO Y REDUCCION DE LA DISCAPACIDAD**

<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL DIA ANTERIOR.....</b>	<b>51</b>
<b>SESION 4.- ELIMINACION DE LA ESTIGMATIZACION Y DISCRIMINACION DE LOS PACIENTES AFECTADOS POR LEPROSIA Y SUS FAMILIARES.....</b>	<b>55</b>
<b>LINEAMIENTOS Y AVANCES A NIVEL GLOBAL.....</b>	<b>56</b>
<b>DISCUSION.....</b>	<b>59</b>
<b>SESION 5. PREVENCION Y MANEJO DE LA DISCAPACIDAD Y REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD .....</b>	<b>62</b>
<b>EXPERIENCIA DE AMERICAN LEPROSIA MISSION.....</b>	<b>62</b>
<b>EXPERIENCIA EN BRASIL.....</b>	<b>63</b>
<b>DISCUSION GENERAL.....</b>	<b>66</b>
<b>SESION 6.- DESAFIOS EN LA REGION PARA ALCANZAR LA META DE REDUCCION DE LA DISCAPACIDAD.....</b>	<b>68</b>
<b>RESUMEN DE TRABAJOS DE GRUPOS DE PAISES.....</b>	<b>69</b>
<b>DISCUSION.....</b>	<b>73</b>

**SESION ESPECIAL: POSICION DE OMS SOBRE EL USO DE LA TALIDOMIDA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS REACCIONES LEPTICAS.....75**

**DIA 4. CENTROS COLABORADORES DE OMS, VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LA PQT Y NECESIDADES Y PRIORIDADES DE INVESTIGACION EN LEPROSIA.**

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL DIA ANTERIOR.....77**

**SESION 7.CENTROS COLABORADORES DE OMS PARA LA ELIMINACION DE LA LEPROSIA EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE.....79**

**PAPEL DE LOS CENTROS COLABORADORES DE OMS EN APOYO AL PROGRAMA REGIONAL Y A LOS PROGRAMAS NACIONALES DE ELIMINACION DE LA LEPROSIA EN LAS AMERICAS.....79**

**INTRODUCCION.....79**

**INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA: ACTIVIDADES DE ASISTENCIA, INVESTIGACION Y CAPACITACION.POSIBILIDADES DE APOYO AL PROGRAMA REGIONAL Y A LOS PROGRAMAS NACIONALES DE ELIMINACION DE LEPROSIA.....79**

**FUNDACION DE DERMATOLOGIA Y VENEREOLOGIA ALFREDO DA MATTA ( FUAM) ACTIVIDADES DE ASISTENCIA, INVESTIGACION Y CAPACITACION,POSIBILIDADES DE APOYO-III AL PROGRAMA REGIONAL Y A LOS PROGRAMAS NACIONALES DE ELIMINACION DE LEPROSIA.....80**

**MESA REDONDA: NECESIDADES DE LOS PROGRAMAS NACIONALES DE ELIMINACION DE LEPROSIA Y POSIBILIDADES DE APOYO POR PARTE DE LOS CENTROS COLABORADORES DE OMS A TRAVES DEL PROGRAMA REGIONAL DE LEPROSIA DE OPS.....83**

**SESION 8. VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA POLIQUIMIOTERAPIA.....86**

**PROGRAMA MUNDIAL DE VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA POLIQUIMIOTERAPIA Y SITUACION ACTUAL.....86**

**VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LOS MEDICAMENTOS EN BRASIL Y COLOMBIA.....91**

MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL.....	92
FUNDACION ALFREDO DA MATTA.....	93
INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA.....	94
MESA REDONDA: POSIBILIDADES DE IMPLEMENTAR EN MAS PAISES DE LAS AMERICAS LA VIGILANCIA DE RESISTENCIA A LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA POLIQUIMIOTERAPIA.....	95
DISCUSION GENERAL.....	95
SESION 9. NECESIDADES Y PRIORIDADES DE INVESTIGACION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE ELIMINACION DE LA LEPRO EN LAS AMERICAS.....	98
TRABAJOS EN GRUPO.....	99
PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO EN GRUPOS.....	100

## **DIA 5.- INNOVACION Y SOSTENIMIENTO DE LOS LOGROS EN LA ELIMINACION DE LA LEPRO EN LAS AMERICAS**

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL DIA ANTERIOR.....	109
SESION 10. ACCIONES INNOVADORAS E INTEGRACION DE ACCIONES CON LA EID PARA MANTENER LOS LOGROS.....	112
BUSQUEDA Y DETECCION ACTIVA DE CASOS INTEGRADA A DESPARASITACION MASIVA.....	112
MESA REDONDA: ESTRATEGIAS PARA INNOVAR EN LA DETECCION DE CASOS, PARA LA PRODUCCION DE LOGROS EN LA POST- ELIMINACION DE LA LEPRO Y PARA LA INTEGRACION DE ACCIONES EN LOS PLANES DE ACCION DE EID..	120
RESUMEN DE LA REUNION CUMBRE REALIZADA EN BANGKOK, TAILANDIA Y PRESENTACION DE LA DECLARACION DE BANGKOK, JULIO DE 2013.....	125
PRIMEROS PASOS Y PROPUESTAS INICIALES PARA LA FORMULACION DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL 2016- 2020.....	126

DISCUSION.....	126
<b>SESION 11. CIERRE DE LA REUNION</b>	
<b>PRESENTACION Y DISCUSION DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES DE LA REUNION.....</b>	
	126
CLAUSURA.....	127

## **INDICE DE FIGURAS**

<b>FIGURA 1. Número de los casos nuevos de la lepra detectados, por regiones de la OMS durante 2012 *</b> .....	15
<b>FIGURA 2. Prevalencia registrada de lepra, por regiones de la OMS, a finales de 2012 *</b> .....	16
<b>FIGURA 3. Tendencias en la detección de casos nuevos de la lepra, por regiones de la OMS, 2005 -2012 *</b> .....	17
<b>FIGURA 4. Tendencias en la detección de casos nuevos de la lepra, 2003-2007 y 2008-2012 *</b> .....	17
<b>FIGURA 5. Tendencias en la detección de la nueva lepra, por regiones de OMS, 2005 -2012 *</b> .....	18
<b>FIGURA 6. TENDENCIAS EN LA DETECCIÓN LEPRA CON DISCAPACIDAD GRADO - 2, EN LA REGIÓN DE OMS, 2005 -2012</b> .....	19
<b>FIGURA 7. TENDENCIAS EN LA DETECCIÓN DE LOS CASOS NUEVOS LEPRA DENTRO DE LOS 18 PAÍSES ENDÉMICOS Y EL RESTO DEL MUNDO, 2005 -2012</b> .....	19
<b>FIGURA 8. 18 PAÍSES CON MAYOR CARGA A NIVEL MUNDIAL. PERIODO 2004-2011</b> .....	20
<b>FIGURA 9. CASOS NUEVOS DE LA LEPRA DETECTADOS EN LA INDIA, INDONESIA, EL BRASIL Y EL RESTO DEL MUNDO, 2012 *</b> .....	20

<b>FIGURA 10. TASA DE PREVALENCIA Y DETECCIÓN DE LEPROSIS – BRASIL 1990 – 2012.....</b>	<b>21</b>
<b>FIGURA 11. PREVALENCIA DE LEPROSIS EN LOS PAÍSES DE LAS AMÉRICAS QUE REPORTARON CASOS EN TRATAMIENTO AL FINAL DEL 2012.....</b>	<b>22</b>
<b>FIGURA 11A. PREVALENCIA DE LEPROSIS EN LOS PAÍSES DE LAS AMÉRICAS QUE REPORTARON CASOS EN TRATAMIENTO AL FINAL DEL 2012.....</b>	<b>23</b>
<b>FIGURA 12. PERFIL DE LOS CASOS NUEVOS REPORTADOS POR LOS PAÍSES CON 100 O MÁS CASOS, REGIONES DE LA OMS 2011.....</b>	<b>24</b>
<b>FIGURA 13. TENDENCIA DE LA PREVALENCIA DE LEPROSIS EN LAS AMÉRICAS 1995-2012.....</b>	<b>25</b>
<b>FIGURA 14. COEFICIENTE DE DETECCIÓN DE LEPROSIS POR MUNICIPIOS. AÑO 2012.....</b>	<b>28</b>
<b>FIGURA 15. TENDENCIA DE PREVALENCIA Y DETECCIÓN EN BRASIL. AÑOS 1990 – 2012.....</b>	<b>29</b>
<b>FIGURA 16. TASA DE PREVALENCIA DE LEPROSIS POR ESTADO BRASIL 2012.....</b>	<b>29</b>
<b>FIGURA 17. TASA DE DETECCIÓN DE LEPROSIS POR ESTADO. 2012.....</b>	<b>30</b>
<b>FIGURA 18. PORCENTAJE DE CONTACTOS EXAMINADOS 2010 – 2012.....</b>	<b>31</b>
<b>FIGURA 19. AVANCES IMPORTANTES HACIA LA ELIMINACIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR LEPROSIS Y DE SUS FAMILIAS EN BRASIL.....</b>	<b>59</b>
<b>FIGURA 20. PORCENTAJE DE CASOS NUEVOS EVALUADOS POR GRADOS DE DISCAPACIDAD, EN MOMENTO DEL DIAGNOSTICO .BRASIL – 2012.....</b>	<b>63</b>
<b>FIGURA 21. DISTRIBUCIÓN DE LOS GRADOS DE DISCAPACIDAD 2 POR MUNICIPIOS.....</b>	<b>64</b>
<b>FIGURA 22. TASA DE INCIDENCIA DEL GRADO 2 DE DISCAPACIDAD, PRESENTE EN LA POBLACION CON LEPROSIS, EN LOS AÑOS 1990, 1995 – 2000 A 2006 Y 2008 – 2012.....</b>	<b>65</b>

<b>FIGURA 23. AREAS DE CONSULTA AMBULATORIA DERMATOLÓGICA Y CIRUGÍA, EN EL ILSL.....</b>	<b>80</b>
<b>FIGURA 24. SERVICIOS DE ATENCION DE LA FUAM.....</b>	<b>81</b>
<b>FIGURA 25. DIFERENTES ACTIVIDADES QUE CUMPLE LA FUAM.....</b>	<b>82</b>
<b>FIGURA 26. PAÍSES QUE PARTICIPAN EN LA VIGILANCIA DE RESISTENCIA.....</b>	<b>87</b>
<b>FIGURA 27. CENTROS DE REFERENCIA (LABORATORIOS), DE 10 PAÍSES QUE PARTICIPAN EN LA VIGILANCIA DE RESISTENCIA. ....</b>	<b>88</b>
<b>FIGURA 28. PAÍSES QUE REPORTAN CASOS DE RESISTENCIA, AÑO 2012.....</b>	<b>89</b>
<b>FIGURA 29. CASOS DE RESISTENCIA REPORTADOS, A NIVEL MUNDIAL. 2005-2012.....</b>	<b>90</b>
<b>FIGURA 30. PORCENTAJE DE CASOS DE RECIDIVAS DE LEPROSIS NOTIFICADAS EN EL AÑO 2012.....</b>	<b>92</b>
<b>FIGURA 31. PORCENTAJE DE RECIDIVAS DE LEPROSIS, POR REGIÓN, CON NUMEROTOTAL DE CASOS INFORMADOS EN BRASIL 2012.....</b>	<b>93</b>
<b>FIGURA 32. DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS CORRESPONDIENTES A CADA UNO DE LOS CENTROS DE REFERENCIA PARA VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LOS MEDICAMENTOS USADOS EN LA PQT EN BRASIL.....</b>	<b>94</b>
<b>FIGURA 33. TÉCNICAS APLICADAS, LOGROS Y REQUERIMIENTOS EN LA INVESTIGACIÓN Y AVANCES EN LA EVALUACIÓN DE EFICACIA.....</b>	<b>99</b>
<b>FIGURA 34. TOTAL DE 720 MUNICIPIOS QUE PARTICIPARON EN LA CAMPAÑA.....</b>	<b>112</b>
<b>FIGURA 35. MUESTRA DEL MATERIAL EDUCATIVO, QUE ES ENTREGADO A LOS USUARIOS EN EL MOMENTO DE LA CAMPAÑA.....</b>	<b>113</b>

<b>FIGURA 36. FICHA DE AUTOIMAGEN UTILIZADA PARA PROMOVER EL AUTO REPORTE DE SIGNOS SOSPECHOSOS DE LEPROA.....</b>	<b>114</b>
<b>FIGURA 37. ENFERMEDADES INFECCIOSAS DESATENDIDAS EN EL SALVADOR.....</b>	<b>115</b>
<b>FIGURA 38 . PREVALENCIA DE GEOHELMINTIASIS. EL SALVADOR 2012.....</b>	<b>117</b>

## **ANEXOS**

<b>ANEXO 1.-AGENDA DEL EVENTO.....</b>	<b>128</b>
<b>ANEXO 2.- PLANES DE TRABAJO DE LOS PAISES PARTICIPANTES EN REUNION.....</b>	<b>140</b>
<b>ANEXO 3.- AUTORIDADES Y REPRESENTANTES DE AGENCIAS INTERNACIONALES.....</b>	<b>220</b>
<b>FOTOS DEL GRUPO.....</b>	<b>229</b>

## GLOSARIO

ALM: MISIÓN AMERICANA DE LA LEPROSIA .

APS : ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

CGHDE: COORDINACION GENERAL DE LEPROSIA Y ENFERMEDADES EN ELIMINACION.

CHA: DEPARTAMENTO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y ANÁLISIS DE SALUD.

CONADE: CONSEJO NACIONAL PARA EVALUACION DE DISCAPACIDAD.

DAHW: ASOCIACIÓN ALEMANA DE ASISTENCIA AL ENFERMO DE LEPROSIA Y TUBERCULOSIS (*DEUTSCHE LEPROSIA- UND TUBERKULOSEHILFE E.V.*)

ENL: ERITEMA NODOSO LEPROSIA

EID : ENFERMEDADES INFECCIOSAS DESATENDIDAS.

EAD : EDUCACION A DISTANCIA ( BRASIL).

FUAM: FUNDACION DE DERMATOLOGIA Y VENERELOGIA ALFREDO DA MATTA, (MANAOS-BRASIL)

GLP : PROGRAMA MUNDIAL DE LEPROSIA.

IEC: INFORMACION – EDUCACION Y COMUNICACIÓN.

IILEP: FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE ASOCIACIONES DE LUCHA CONTRA LA LEPROSIA ( INTERNATIONAL FEDERATION OF ANTI-LEPROSIA ASSOCIATIONS)

ILSL: INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA.( BRASIL)

LEM : MONITOREO DE LA ELIMINACIÓN DE LA LEPROSIA (*POR SUS SIGLAS EN INGLÉS: LEPROSIA ELIMINATION MONITORING*)

PB: PAUCIBACILARES

MB : MULTIBACILARES.

MSP: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR.

NOAS : NORMAS OPERACIONALES ASISTENCIALES.

NOB: NORMAS OBSERVACIONALES BASICAS.

OMS . ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

ONG : ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL

OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

PAHO: PAM AMERICAN HEARTH ORGANIZATION

PAL: PERSONAS AFECTADAS POR LEPROA.

PNEH: PROGRAMA NACIONAL DE ELIMINACION DE HANSEN.

PQT: POLIQUIMIOTERAPIA

RBC: REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD

SMHF: SASAKAWA MEMORIAL HEALTH FOUNDATION

SUS : SISTEMA UNICO DE SALUD

SVS: SECRETARIA DE VIGILANCIA EN SALUD.

VT : UNIDAD DE CONTROL DE ENFERMEDADES TROPICALES, ZONÓTICAS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES.

### **OBJETIVO:**

Analizar y discutir el estado actual, los avances y dificultades de los países hacia el logro de la meta de eliminación de la lepra a primer nivel sub-nacional, acordada por los estados miembros mediante la resolución CD49-R del 19 de octubre de 2009, así como hacia el logro de los objetivos en la estrategia global de lepra 2011 – 2015 de OMS de reducir aun más la carga de enfermedad y asegurar la provisión oportuna de servicios de calidad para todas las comunidades afectadas.

### **RESUMEN EJECUTIVO:**

Con los directores de programa de los países de la región y organismos asociados a la OMS/OPS ,que se esfuerzan por mantener la lucha contra esta enfermedad, brindando el apoyo técnico, los mismos que deseando darle continuidad a esa misión se aprovecha la presencia de los países que tienen sus planes de trabajo establecidos, pero que de una u otra forma no han logrado cristalizar sus metas propuestas, intercambian y estrechan mas aun los lazos de compromiso con estos entes, para que optimicen y lleven a plenitud el trabajo de lograr se cumplan las

metas de la OMS/OPS, que están contempladas en los objetivos de la estrategia global de lepra 2011-2015.

Dentro del “Plan de Acción para Acelerar el Logro de la Eliminación de la Lepra en América Latina y el Caribe” de OPS, 2012 – 2015, se analiza la situación actual de la lepra en las Américas, cuales sus desafíos y acciones emprendidas para llegar al logro de las metas globales y regionales, cuales hasta ahora son los avances de la estrategia y la reducción de la carga de la enfermedad, y que planes de trabajo aplicar para enfrentar los retos en la eliminación de la lepra.

Se plantea la eliminación de la estigmatización y la discriminación de los pacientes afectados por lepra y de sus familiares , el manejo de la discapacidad, la rehabilitación basada en la comunidad y los desafíos para alcanzar la meta de reducción de la discapacidad.

En lo que respecta a la discusión general se establecieron espacios de tiempo para dilucidar inquietudes, comentarios y dudas al respecto de los temas tratados, estuvieron como invitados los 2 centros colaboradores de la OMS/OPS, que cumplen labor importante en la región de las Américas como es la vigilancia de la resistencia a la PQT y la investigación en lepra.

La meta principal de esta Reunión cumplió su cometido, que era el de establecer acciones innovadoras y sostenimiento de los logros de todos los países de la región en cuanto a la eliminación de la lepra en las Américas.

#### **INAUGURACION:**

**PALABRAS DE ROBERTO MONTOYA EN REPRESENTACION OPS EN ECUADOR:**  
Agradece a todos los presentes directores de programas nacionales y autoridades, hace mención que la OPS esta presta a colaborar en cualquier inquietud gracias a la colaboración de sus representantes en Guayaquil, que tengan una reunión muy exitosa y que puedan cumplir en el periodo de esta semana los objetivos que la OPS ha previsto en la charla, con el desafío que todavía existe de llegar al control de la lepra y el lograr esas metas a nivel nacional y subnacional, y en avanzar hacia una adecuada atención , control , prevención y manejo de la discapacidad de esta enfermedad.

#### **PALABRAS DE SANTIAGO NICHOLLS,**

Les da la bienvenida a todos en esta reunión, que vamos a desarrollar para contribuir a lograr las metas de eliminación de la lepra en los próximos años. Agradece al MSP de Ecuador, a la OPS e informa que el Dr. Sumana Barua , líder del equipo del programa mundial de la lucha contra la lepra de OMS, no está

presente, pero solicito dar un cordial saludo de su parte a todos. El envié sus presentaciones , que se las daremos a conocer oportunamente.

**PALABRAS DE SRTA. YUKO TANI REPRESENTANTES DE TNF/SMHF.** Es un placer estar aquí en representación del Sr. Sasakawa, para hacerles llegar su mensaje a los programas o gerentes nacionales y a todas las personas involucradas en el trabajo de la lucha contra la lepra. Brasil ha indicado que para el año 2015 ellos van a eliminar a la lepra como problema de salud pública y si eso sucede se va a disminuir la lepra en todos los países. Nuestros esfuerzos han estado aglutinándose y han estado obteniendo resultados. Aun así el número de casos nuevos permanece sin cambios, yo creo que en algunos países, grupos étnicos y de pocos recursos, es un problema de salud pública. Tenemos nuevos casos y personas que han sido curadas siguen sufriendo de discriminación. Hasta ahora se han tratado y curado 16 millones de personas, y eso solo se ha logrado con el apoyo de muchas personas incluyéndolos a ustedes que están sentados aquí. He visitado muchos países, pero en algunos sin cambios y en otros muy pocos. La lepra es un problema de salud pública, hay personas que están siendo diagnosticadas y tratadas, nuestra organización conjuntamente con la OPS/ OMS , realizó una reunión cumbre en Bangkok. Participaron 16 representantes de los 18 países con la mayor carga de enfermedad por lepra, quienes adoptaron la declaración de Bangkok con el objetivo de disminuir y eliminar la lepra hasta tener un caso por 10.000 habitantes, y disminuir las discapacidades. Tenemos que involucrar a las personas enfermas. Todos los representantes estuvieron de acuerdo con la declaración, pero esta no significa nada si no se la pone en práctica. También participé en esta cumbre en donde entre otras cosas indique que The Nippon Foundation está contribuyendo con 20 millones de dólares durante los próximos 5 años, para que puedan ser utilizados en planes y proyectos encaminados a disminuir la lepra. Si algún país desearía que lo visitáramos es nuestro objetivo formular planes concretos basados en nuestros recursos y nuestra experiencia y juntos podremos encontrar el camino para eliminar la lepra. Nosotros los visitaremos y elaboraremos en conjunto dicho plan de apoyo cuya finalidad es combatir esta enfermedad. Lo importante es que se pueda lograr.

**PALABRAS DE JIM OEHRIG,ALM/ILEP:**

Señores Representantes directores nacionales de los programas , he venido en representación de Sr.. Douglas Soutar. ILEP fue fundada en 1966, con 3 organizaciones europeas, y 2 años después fundaciones de Canadá y EEUU, se convirtieron en aliados y estamos luchando junto a ustedes contra el mal de Hansen. Hemos venido a conversar a gestionar y a discutir cómo salir adelante. En nombre de ILEP, quisiera ver 3 resultados principales esta semana, el primero es mantener el enfoque en el, que hemos estado trabajando desde hace mucho

tiempo, el segundo fomentar la capacidad de ese esfuerzo que debemos tener y el tercero renovar fuerza para salir adelante, desde la expectativa de ILEP como podríamos crear programas innovadores.

### **PALABRAS DE DR. JOSE MUÑOZ EN REPRESENTACION DE DR. JOSE PALAU.**

En nombre del Sr. Director de Salud Zona 8 de la Provincia del Guayas Dr. José Palau, doy a ustedes la bienvenida, a este evento científico de mucha importancia. Ecuador está representado por la Dra. Fanny Verduga ella tiene toda la información referente a nuestro país. Bienvenidos nuevamente, y éxitos en la reunión.

### **DIA # 1**

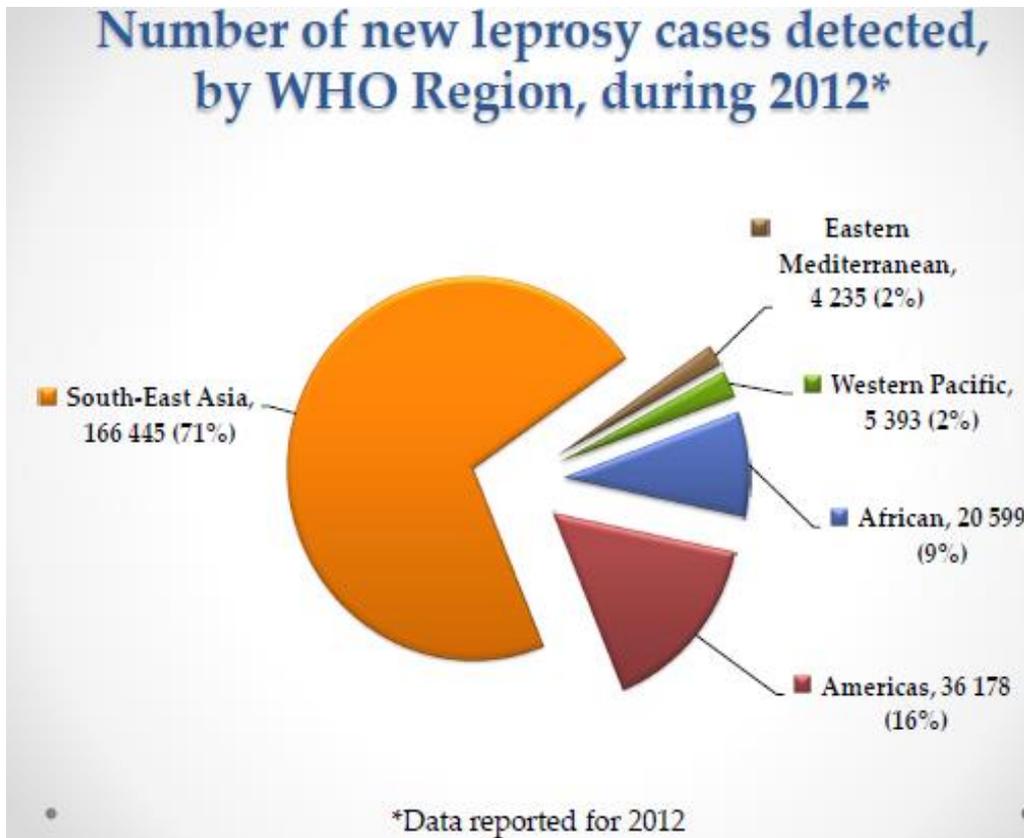
### **SITUACIÓN ACTUAL DE LA LEPRO, PROGRESO Y DESAFÍOS HACIA EL LOGRO DE LAS METAS GLOBALES Y REGIONALES.**

#### **SITUACION EPIDEMIOLOGICA MUNDIAL Y REGIONAL**

#### **SITUACION DE LA LEPRO EN EL MUNDO**

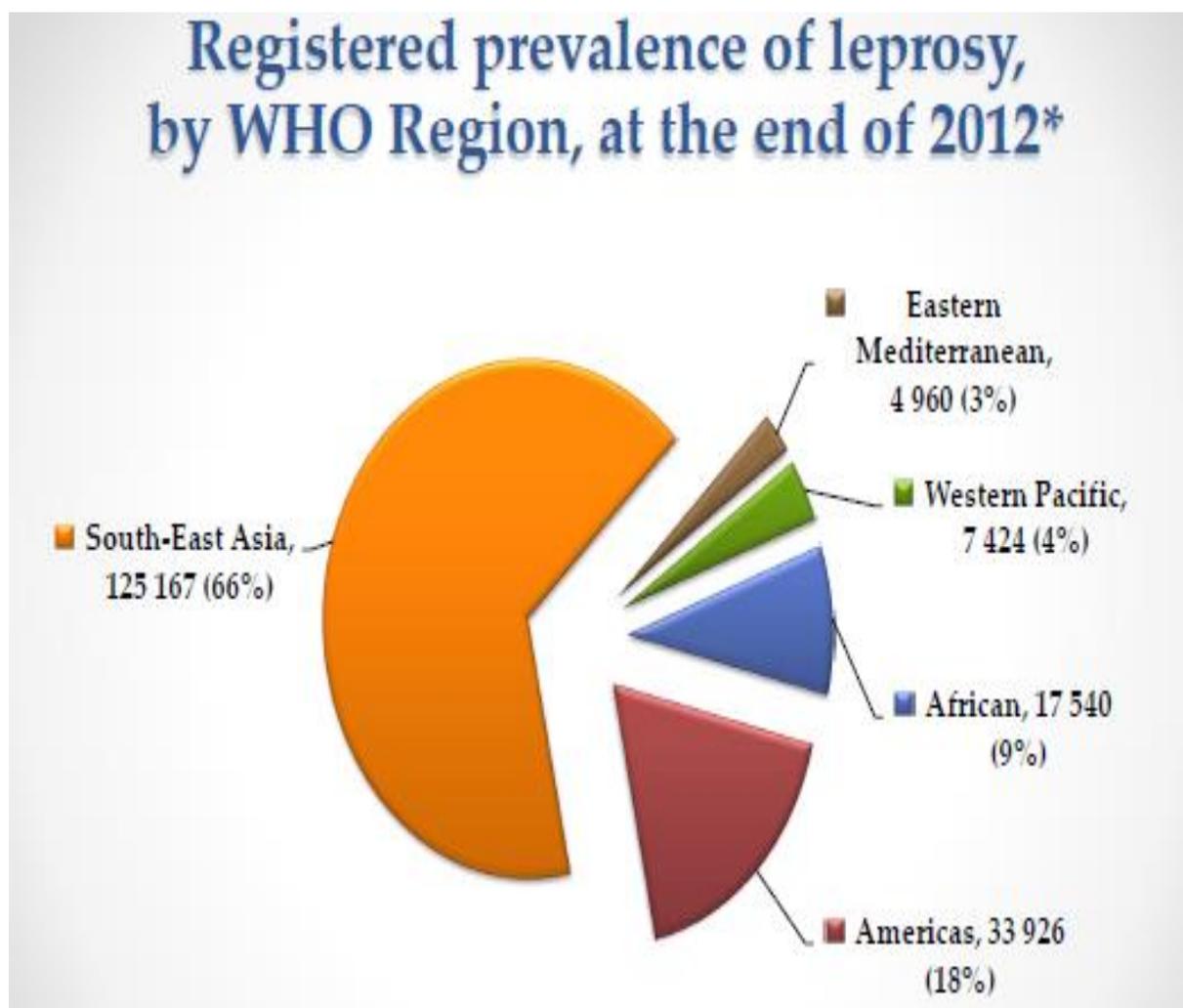
Los casos nuevos detectados en el 2012, fueron un poco mas de 200.000 y de estos el 71 % fueron en el Sureste de Asia, la segunda región son los países de América con un 16 % de todos los casos a nivel mundial, África con el 9 % y luego las regiones del Pacífico occidental y región oriental del Mediterráneo con el 2 %. Se observa una Tendencia a la disminución en general, en todas las regiones.

**FIGURA # 1. NÚMERO DE LOS CASOS NUEVOS DE LA LEPRA DETECTADOS, EN LA REGIÓN DE OMS - 2012**



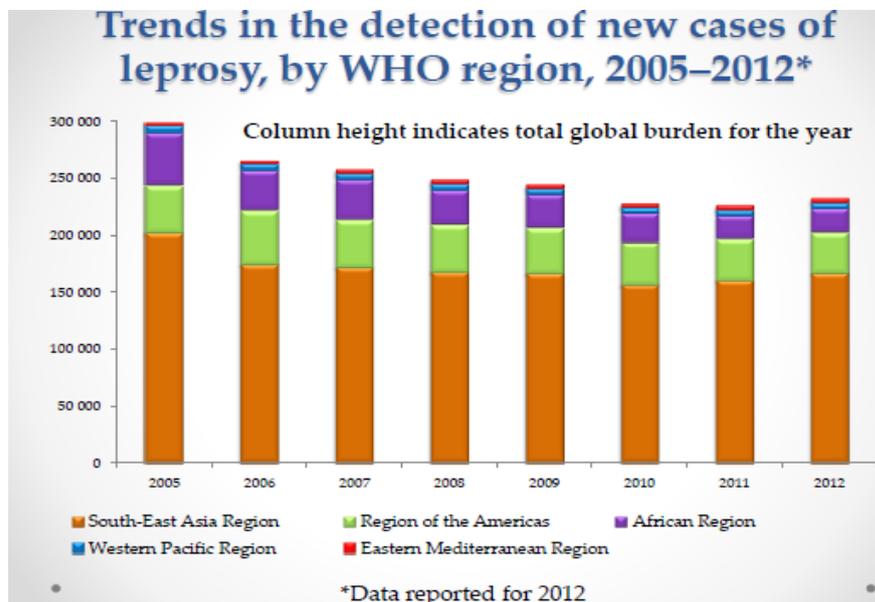
La prevalencia esta cerca a a los 190.000 está marcada así para todas las regiones, Sur y Sur este de Asia el 66%, (125.167) Este Mediterráneo 3% (4960) , Oeste del Pacifico el 4%, África el 9% y para las Américas el 18% , datos coincidentes y muy consistentes, bastante similares a los de la gráfica anterior.

**FIGURA # 2.- PREVALENCIA REGISTRADA DE LEPRA, POR REGIONES DE OMS- 2012.**



La tendencia de años 2005 a 2012, en la cual la curva de tendencia tanto global, como la problemática de las Américas son a la baja, casi las cifras no cambian.

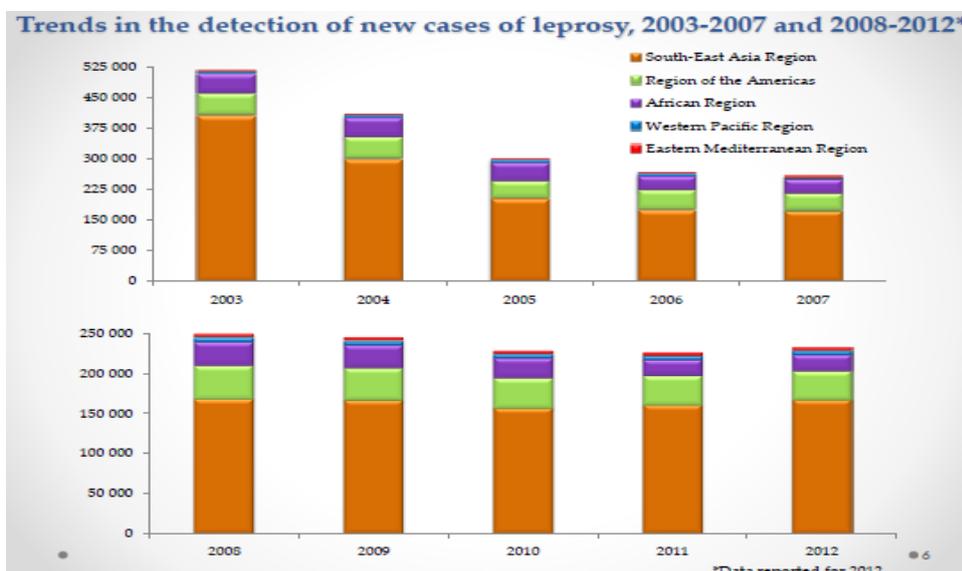
**FIGURA # 3.- TENDENCIAS EN LA DETECCIÓN DE CASOS NUEVOS DE LA LEPROA, EN REGIÓN DE OMS, 2005 -2012 \***



Año 2003-2007 Se aprecia tendencia a la baja en todas las regiones en especial de la que tiene mayor proporción de detección de casos nuevos Sur-Este de Asia, el decrecimiento va desde 525.000 CN en 2003, a 250.000 CN en el 2007.

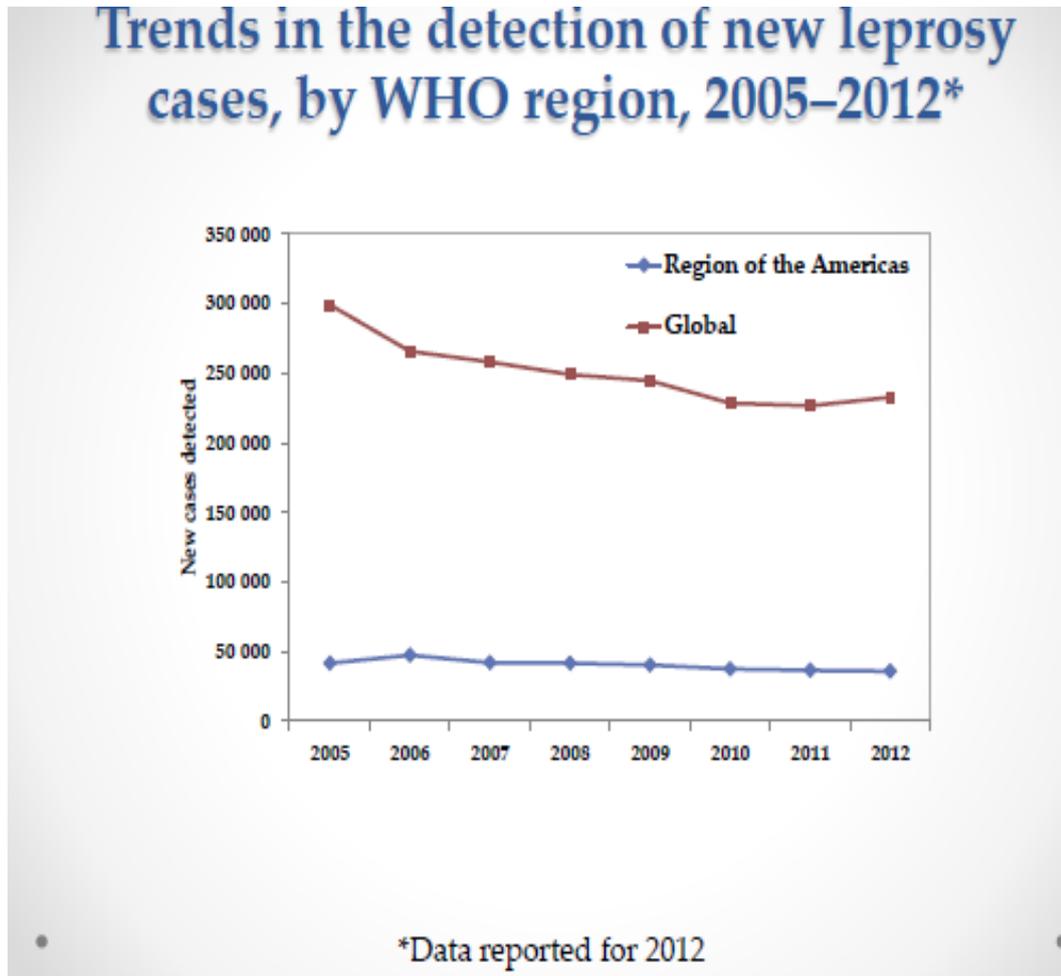
Año 2008 - 2012 Casi idéntica la situación de la disminución de detección de CN de lepra que va desde 250.000 CN a 225.000 CN, y de todas las regiones que notifican, la Sur- Este de Asia sigue prevaleciendo en un porcentaje elevado.

**FIGURA # 4.- TENDENCIAS EN LA DETECCIÓN DE CASOS NUEVOS DE LA LEPROA, 2003-2007 Y 2008-2012 \***



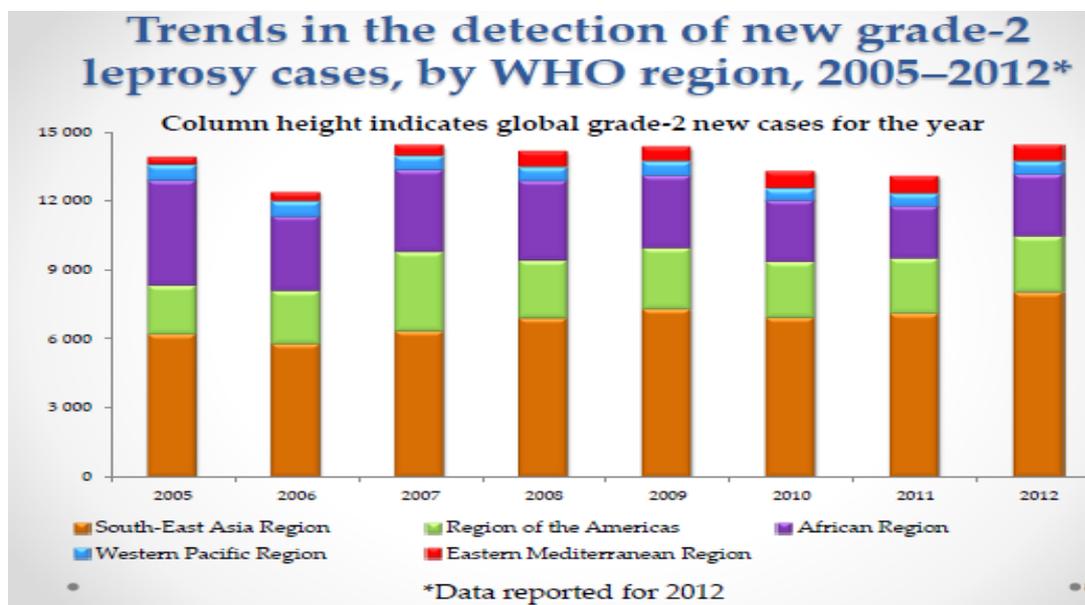
Las tendencias son a la baja, tanto con cifras globales como cifras de las Américas en un periodo de 2005 - 2012.

FIGURA # 5.- TENDENCIAS EN LA DETECCIÓN DE LOS CASOS NUEVOS DE LEPROA, POR REGIONES DE OMS, 2005 -2012



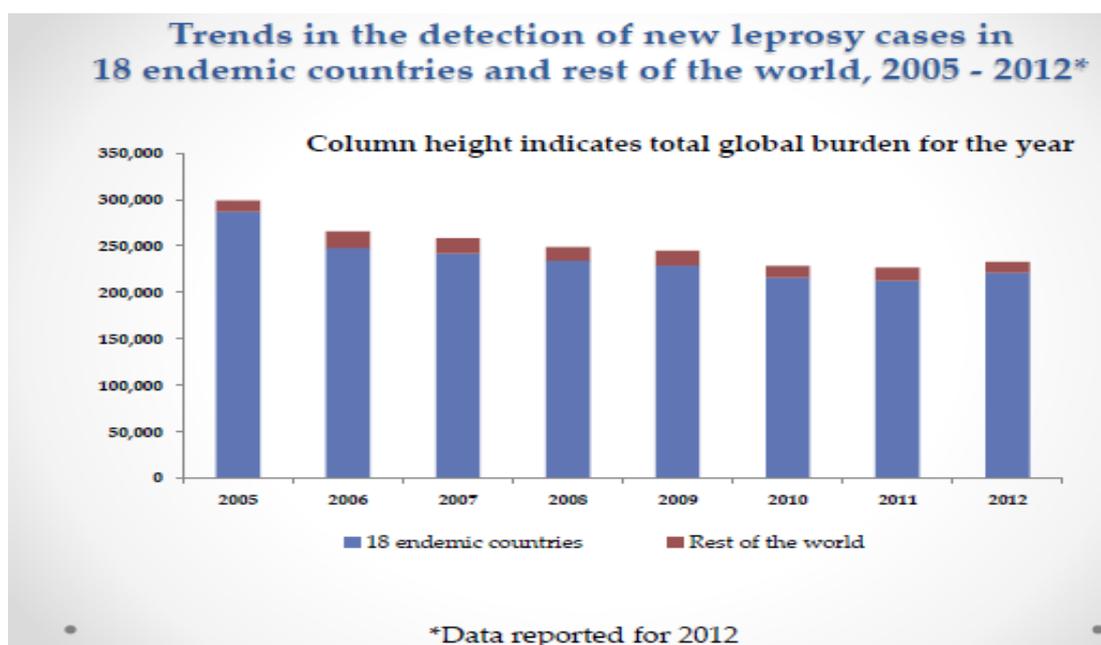
La meta inicial fue la de eliminar la lepra como problema de salud pública, entendida como una prevalencia menor de 1 x 10.000 habitantes, que se logro a nivel global en el año 2000-2001, a pesar de que algunos países no han alcanzado aun esta meta. Las cifras de casos nuevos que presentan grado de discapacidad 2 , indican que hay que mejorar la detección temprana ya que un 2do objetivo es el de disminuir la tasa de detección de casos nuevos con grado 2 de discapacidad en un 35% en relación con la línea de base del 2010. Para ello es necesario mejorar la detección de discapacidades en el momento del diagnostico de los casos nuevos.

**FIGURA # 6.- TENDENCIAS EN LA DETECCIÓN LEPROA CON DISCAPACIDAD  
GRADO - 2, EN LA REGIÓN DE OMS, 2005 -2012**



La figura # 7, muestra las tendencias en la detección de los casos nuevos de la lepra en los 18 países con alta carga de enfermedad, definidos como aquellos que presentan más de mil casos nuevos por año.

**FIGURA # 7.- TENDENCIAS EN LA DETECCIÓN DE LOS CASOS NUEVOS LEPROA DENTRO DE LOS 18 PAÍSES ENDÉMICOS Y EL RESTO DEL MUNDO, 2005 - 2012**



Dentro de los 18 países con mayor carga a nivel mundial, Brasil, India e Indonesia son aquellos países con el mayor número de casos nuevos registrados en el periodo 2004-2011. Estos 3 países reportan en promedio 80% de los casos nuevos, en comparación con los demás países del mundo que en su conjunto reportan al menos un 20%. Figuras # 8 y # 9, respectivamente.

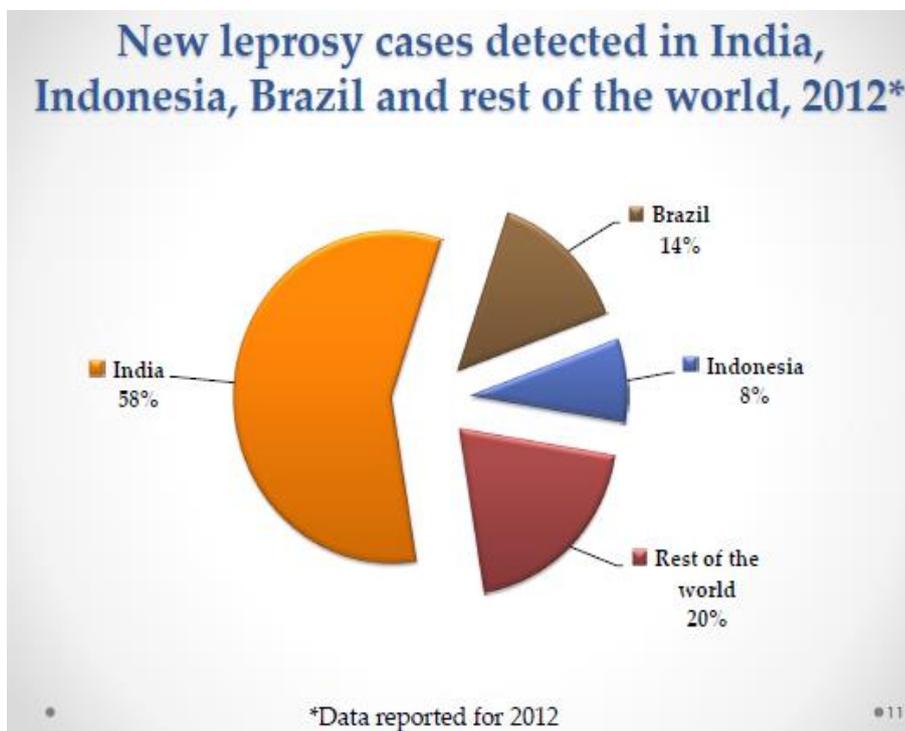
**FIGURA # 8.- 18 PAÍSES CON MAYOR CARGA A NIVEL MUNDIAL. PERIODO 2004 - 2011**

Table 3. Trends in the detection of leprosy in 18 countries reporting ≥1000 new cases during 2011 and number of new cases detected annually since 2004  
 Tableau 3. Tendances observées dans le dépistage de la lèpre dans 18 pays ayant notifié ≥1000 nouveaux cas en 2011 et nombre de nouveaux cas dépistés par an depuis 2004

Country - Pays	No. of new cases detected - Nombre de nouveaux cas dépistés							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Algeria	2 100	1 877	1 078	1 289	1 184	937	1 076	598
Bangladesh	8 242	7 882	6 290	5 357	5 049	5 239	3 848	3 970
Brazil - Brésil	49 394	38 410	44 436	39 125	38 914	37 610	34 894	33 955
China - Chine	1 409	1 638	1 506	1 526	1 614	1 597	1 324	1 144
Democratic Republic of the Congo - République démocratique du Congo	11 781	10 369	8 257	8 820	6 114	5 052	5 049	3 949
Ethiopia - Éthiopie	4 787	4 698	4 092	4 187	4 170	4 417	4 430	NA
India - Inde	260 063	165 709	139 252	137 685	134 184	133 717	126 800	127 295
Indonesia - Indonésie	16 549	15 695	17 682	17 723	17 441	17 263	17 012	20 023
Madagascar	3 710	2 709	1 536	1 644	1 763	1 572	1 520	1 577
Mozambique	4 266	5 371	3 637	2 910	1 313	1 191	1 297	1 697
Myanmar	3 748	3 571	3 721	3 637	3 385	3 147	2 895	3 082
Nepal - Népal	6 958	6 150	4 235	4 434	4 708	4 304	3 118	3 184
Nigeria - Nigéria	5 276	5 024	3 544	4 695	4 899	4 219	3 913	NA
Philippines	2 254	3 130	2 517	2 514	2 373	1 795	2 041	1 818
South Sudan - Soudan du Sud	-	-	-	-	-	-	-	1 799
Sri Lanka	1 995	1 924	1 933	2 024	1 979	1 875	2 027	2 178
Sudan - Soudan	722	720	884	1 706	1 901	2 100	2 394	756
United Republic of Tanzania - République-Unie de Tanzanie	5 190	4 237	3 450	3 195	3 276	2 654	2 349	NA
<b>Total (NA)</b>	<b>388 533 (95)</b>	<b>287 134 (96)</b>	<b>248 100 (93)</b>	<b>241 933 (94)</b>	<b>234 647 (94)</b>	<b>228 786 (93)</b>	<b>215 938 (95)</b>	<b>206 285 (94)</b>
<b>Global Total</b>	<b>487 791</b>	<b>259 836</b>	<b>285 661</b>	<b>258 133</b>	<b>249 607</b>	<b>244 796</b>	<b>238 474</b>	<b>219 075</b>

NA, not available - ND, non-déposé  
 \* New cases detected from mid-November 2009 to mid-November 2010. - Nouveaux cas dépistés de mi-novembre 2009 à mi-novembre 2010.  
 † Includes data from area that is now South Sudan. - Y compris les données pour la zone qui est désormais devenue le Soudan du Sud.

**FIGURA # 9.- CASOS NUEVOS DE LA LEPROA DETECTADOS EN LA INDIA, INDONESIA, EL BRASIL Y EL RESTO DEL MUNDO DEL MUNDO, 2012 \***



## SITUACION DE LA LEPRA EN LAS AMERICAS.

En el 2012 se presentaron a nivel mundial 219.075 casos nuevos de lepra, correspondiendo a la Región de las Américas 36.178 casos nuevos y de este total le correspondió a Brasil 33.303, casos nuevos equivalente a un 86% del total de casos nuevos registrados, aunque faltaron por registrar algunos países como Haití y Bolivia. Y la Prevalencia quedo marcada en un total de 181.941 casos, en la región de las Américas se registro 33.926 casos.

### FIGURA # 10.- PREVALENCIA Y TASA DE DETECCIÓN DE LEPRA POR REGIONES DE LA OMS, 2011 Y 2012

#### Prevalencia y tasa de detección de lepra por regiones de la OMS, 2011 y 2012

Regiones de la OMS*	No. de casos registrados (prevalencia por 10.000 habitantes)	No. de casos nuevos detectados (tasas de detección por 100.000 habitantes)
África	15.006 (0,37)	12.673 (3,14)
Américas	34.801 (0,40) 33.926 (0,39)	36.832 (4,18) 36.178 (4,11)
Sudeste Asiático	117.147 (0,64)	160.132 (8,75)
Mediterráneo Oriental	7.368 ( 0,12)	4.346 (0,71)
Pacífico Occidental	7.619 (0,05)	5.092 (0,30)
<b>Total</b>	<b>181.941 (0,34)</b>	<b>219.075 (4,06)</b>

\*Europa no reportó al nivel global

Fuente: Información provista por los países en el reporte anual a OMS

En las Figuras # 11 y 11 A, se presentan las prevalencias de lepra en los países de las Américas que reportaron casos en tratamiento al final del 2012.

**FIGURA #11.- PREVALENCIA DE LEPROA EN LOS PAÍSES DE LAS AMÉRICAS QUE REPORTARON CASOS EN TRATAMIENTO AL FINAL DEL 2012.**

### Prevalencia de lepra en los países de las Américas que reportaron casos en tratamiento al final del 2012

País	Casos registrados al final del 2012	Prevalencia por 10,000
Honduras	9	0,01
Guatemala	10	0,01
El Salvador	6	0,01
Perú	52	0,02
Panamá	6	0,02
Nicaragua	21	0,03
México	491	0,04
Uruguay	12	0,04
Colombia	620	0,14
Costa Rica	64	0,16
Argentina	603	0,17

**Figura # 11.A PREVALENCIA DE LEPRO EN LOS PAISES DE LAS AMERICAS QUE REPORTARON CASOS EN TRATAMIENTO AL FINAL DEL 2012.**

### Prevalencia de lepra en los países de las Américas que reportaron casos en tratamiento al final del 2012

País	Casos registrados al final del 2012	Prevalencia por 10.000
Ecuador	184	0,18
Cuba	286	0,26
República Dominicana	355	0,35
Venezuela	1096	0,41
Surinam	30	0,68
Paraguay	507	0,76
Guyana	64	0,89
Brasil	29.311	1,50
<b>Total</b>	<b>33.926</b>	<b>0,39</b>



En las figuras # 11 y 11.A se puede observar la Prevalencia de la lepra, se hace una distribución en orden ascendente de prevalencia, exceptuándose a los países de Haití y Bolivia, sabemos que tienen casos pero no han hecho su respectivo reporte, cifras desde 0,01 a 0.14 en algunos países, luego 0,16 hasta 0,76 , y por último a Brasil con una prevalencia de 1,50 por 10.000 habitantes , siendo la prevalencia global para las Américas de 0,39%.

Se evidencia dificultad para evaluar el grado de discapacidad en el momento del diagnóstico en los casos nuevos, o se dificulta obtener información ya que posiblemente podrían ser más casos pero estos no se reportan o no se los diagnostica a tiempo. La discapacidad varía mucho en los países y se debe crear un mejor sistema de información con la finalidad de mejorar la notificación de casos. Esto implica esfuerzos importantes que deberán asumir los responsables de los programas de los países para solicitar apoyo técnico y financiero a sus gobiernos, y poder mantener acciones de mucha relevancia e importancia.

**FIGURA # 12.- PERFIL DE LOS CASOS NUEVOS REPORTADOS POR LOS PAÍSES CON 100 O MÁS CASOS, REGIONES DE LA OMS 2011**

### Perfil de los casos nuevos reportados por los países con 100 o más casos, regiones de la OMS 2011

Regiones de la OMS*	Proporción de casos nuevos que son multibacilares	Proporción de casos nuevos que son mujeres	Proporción de casos nuevos que son menores de 15 años	Proporción de casos nuevos con discapacidad grado 2
África	Comoros: 34,86% Kenia: 89,52%	Liberia: 57,55% Madagascar: 50,86%	Burundi: 1,12% Comoros: 38,25%	Camerún: 4,89% Madagascar: 21.64%
Américas	Ecuador: 33,93% <b>Argentina: 84,12%</b>	Paraguay: 31,20% <b>República Dominicana: 46,75%</b>	Argentina: 0.59% Rep. <b>Dominicana: 12,34%</b>	México: 5,58% <b>Colombia: 9,45%</b>
Sudeste Asiático	Sri Lanka: 44.98% Indonesia:80.40%	Nepal: 28,55% Indonesia: 39,79%	Tailandia: 6,43% Indonesia: 12,25%	India: 3,01% Myanmar: 15,02%
Mediterráneo Oriental	Yemen: 52,17% Egipto: 89,52% 8	Pakistán: 40,56% Somalia: 49,02%	Sudán: 2,27% Sudán del Sur: 10,78%	Egipto: 6,47% Somalia: 24,31%
Pacífico Occidental	Kiribati: 35,147% Filipinas: 91,2%	Malasia: 28,24% Islas Marshall: 43,88%	China: 2.53% Islas Marshall: 39,66%	Kiribati e Islas Marshall: 0.0% China: 27,01%

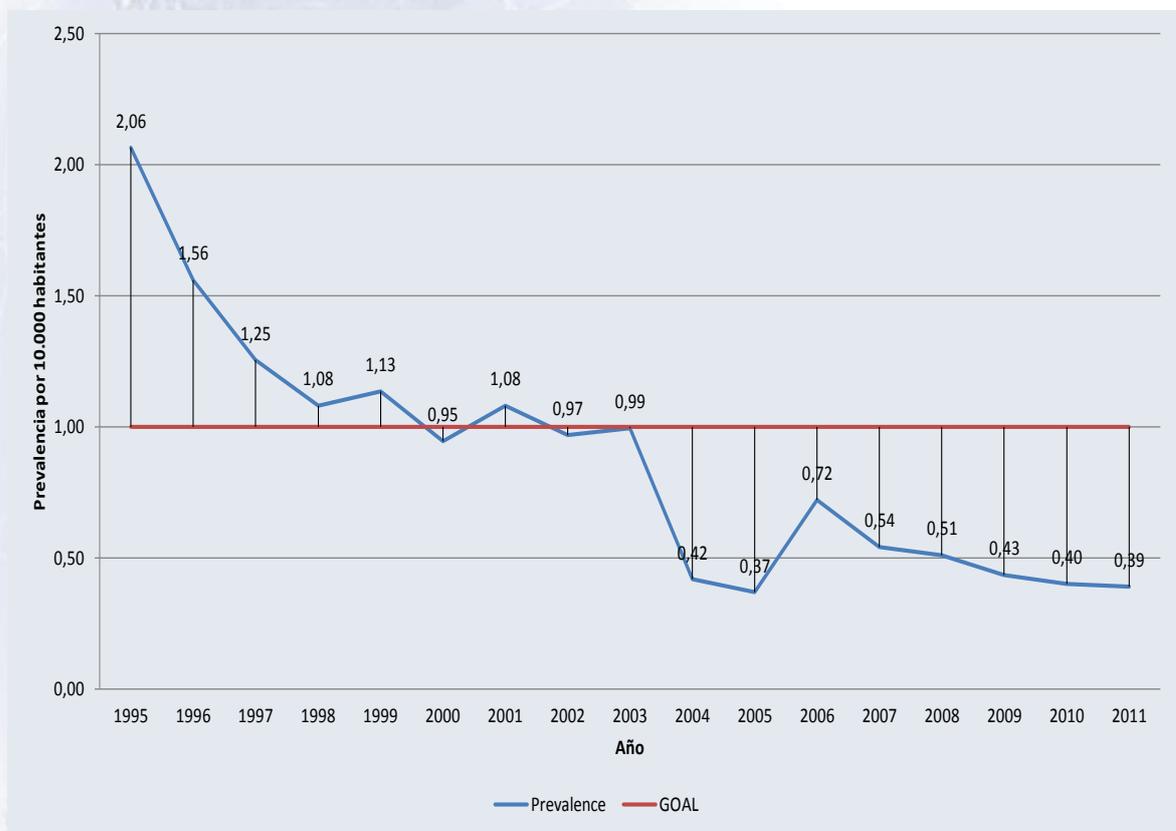
En los países con alta carga de enfermedad en la región definidos como aquellos que presentan 100 o más casos nuevos por años, se observaron las siguientes características:

1. La proporción de casos varió 33.93% en Ecuador a 84.12% en Argentina.
2. La proporción de casos nuevos en mujeres varió de 31.20% en Paraguay a 46.05% en Republica Dominicana.
3. La proporción de casos nuevos en menores de 15 años oscilo entre el 0.59% en Argentina y 12.34% en Republica Dominicana.
4. La proporción de casos nuevos diagnosticados que presentan discapacidad Grado II se encuentra entre el 5.55% en México y 9.45% en Colombia. Figura 12.

La prevalencia en las Américas desde 1995 (2,06)- a 2001 (1,08), se mantuvo por encima de 1 por 10.000 habitantes, y posteriormente existe una disminución a menos de 1 desde año 2002 a 2011 que va desde 0,97 a 0,39 por 10. 000 habitantes. En Brasil hubo una revisión y depuración de casos, razón por la cual se redujo aun más la tendencia ya que es el País con mayor carga de enfermedad. La tendencia de la prevalencia en las Américas en el periodo 1995- 2012 se observa en la Figura # 13.

**FIGURA # 13.- TENDENCIA DE LA PREVALENCIA DE LEPROA EN LAS AMÉRICAS  
1995-2012.**

## Tendencia de la prevalencia de Lepra en las Américas, 1995-2012



## CONCLUSIONES:

La Situación de Lepra en las Américas en el período 2006 a 2012 muestra una disminución progresiva de los casos nuevos, de 47.612 en 2006 a 36.178 en 2011 (reducción de 24%). En el mismo período la prevalencia disminuyó de 0,72 por 10.000 habitantes en 2006 a 0,39 en 2012 (reducción de 45%). Brasil con una prevalencia de 1,5 por 10.000 habitantes.

En 2012 se detectaron casos nuevos en 24 de los 35 países de las Américas. La mayor carga de enfermedad ocurre en Brasil, en donde se informaron 33.303 casos nuevos en 2012.

De los 36.178 casos nuevos informados en la Región, 2.420 (6,7%) tenían discapacidad grado 2.

Sin embargo, se carece de información confiable acerca de cuántos casos fueron evaluados para determinar el grado de discapacidad, lo cual dificulta la estimación de la proporción real de casos nuevos con discapacidad grado 2.

El mandato en las Américas es alcanzar la meta de eliminación a primer nivel subnacional para el 2015. Esto va acompañado del trabajo en eliminación del estigma y la discriminación, resaltado en la resolución del Consejo de Derechos Humanos de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

## LOGROS

Eliminación de la lepra a nivel nacional en todos los países, con la excepción de Brasil.

18 países han eliminado la lepra como problema de salud pública a primer nivel administrativo sub-nacional.

Colombia y Cuba están cerca de alcanzar la eliminación de la lepra al segundo nivel administrativo sub-nacional.

## DESAFÍOS

Lograr la eliminación a nivel nacional en Brasil

Lograr la eliminación a primer nivel subnacional en Argentina, Bolivia, Paraguay, República Dominicana y Venezuela.

Mantener los logros en los países que han logrado eliminar la lepra a nivel nacional y primer nivel administrativo subnacional – Vigilancia epidemiológica.

Fortalecimiento de los servicios de atención primaria en salud y los centros de referencia especializados para el diagnóstico, tratamiento, prevención de discapacidad y rehabilitación.

Implementar medidas específicas para luchar contra el estigma y la discriminación de los enfermos de lepra y de sus familiares en el contexto de derechos humanos.

Aplicar las lecciones aprendidas al desarrollo de planes integrados para el control o eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas.

## **LEPRA EN BRASIL**

### **GENERALIDADES:**

El Ministerio de Salud, en agosto de 2011, estableció una serie de enfermedades endémicas que requieren acciones estratégicas para la eliminación como problema de salud pública o reducir drásticamente la carga de estas enfermedades.

De acuerdo con la clasificación de las enfermedades desatendidas y otras relacionadas con la pobreza (OPS CD49 R19/2009), estos son un conjunto de enfermedades que coexisten principalmente en las zonas donde la población tiene malas condiciones de vida.

A principios de 2011, el Ministerio de la Salud creó la Coordinación General de Lepra y Enfermedades en Eliminación (CGHDE) con el objetivo de fortalecer la respuesta a este grupo de enfermedades en el cual se incluyen la lepra, la esquistosomiasis, la filariasis linfática, las geohelmintiasis, la oncocercosis y el tracoma.

En julio 2012 Brasil puso en marcha un plan integral para hacer frente a las enfermedades desatendidas (en eliminación). Este plan integra las acciones estratégicas para la búsqueda activa de casos y el tratamiento adecuado, teniendo en cuenta, en este contexto, cuando esté indicado, las intervenciones de tratamiento colectivo;

### **PLAN INTEGRADO 2011 - 2015**

#### **OBJETIVOS**

Lepra El logro de prevalencia inferior a un caso por cada 10.000 habitantes;

Lograr y mantener el porcentaje de 90% de curación en las cohortes de nuevos casos de Lepra en 2015 (2012 = 85,9% de curación);

Aumentar la cobertura de los exámenes de los contactos domiciliarios => 80% de los nuevos casos de lepra en 2015 (2012 = 74,9%);

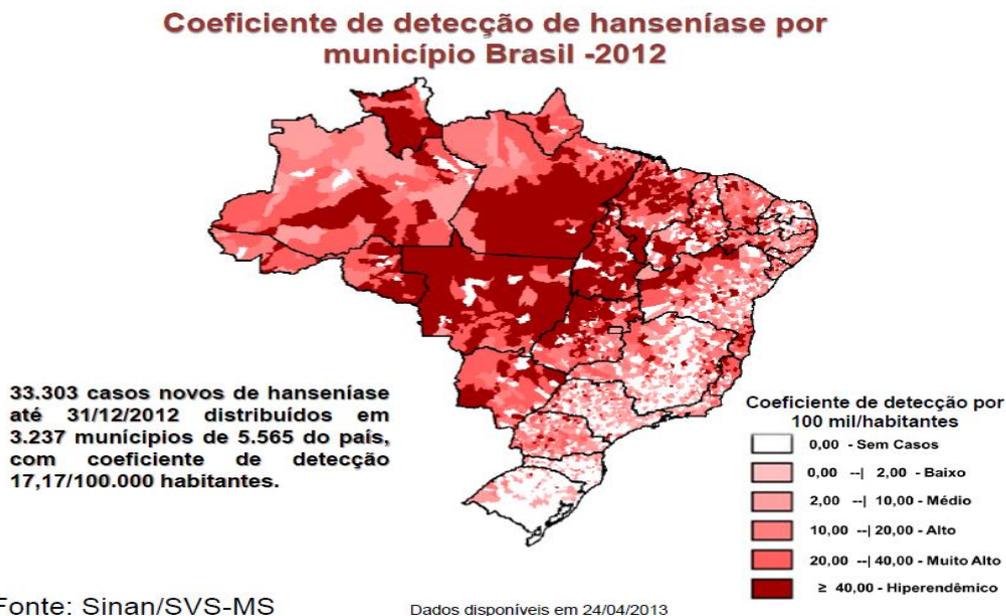
Reducir a la tasa de detección del 26,9% de los nuevos casos de lepra en los niños menores de 15 años en 2015.

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA de la lepra en Brasil 2003-2012.

### DETECCIÓN

- 33.303 casos nuevos, 2.246 (6,7%) en menores de 15 años;
- Tasa general de detección 17,17/100 mil habitantes;
- Tasa de detección en menores de 15 años = 5,22/100 mil habitantes

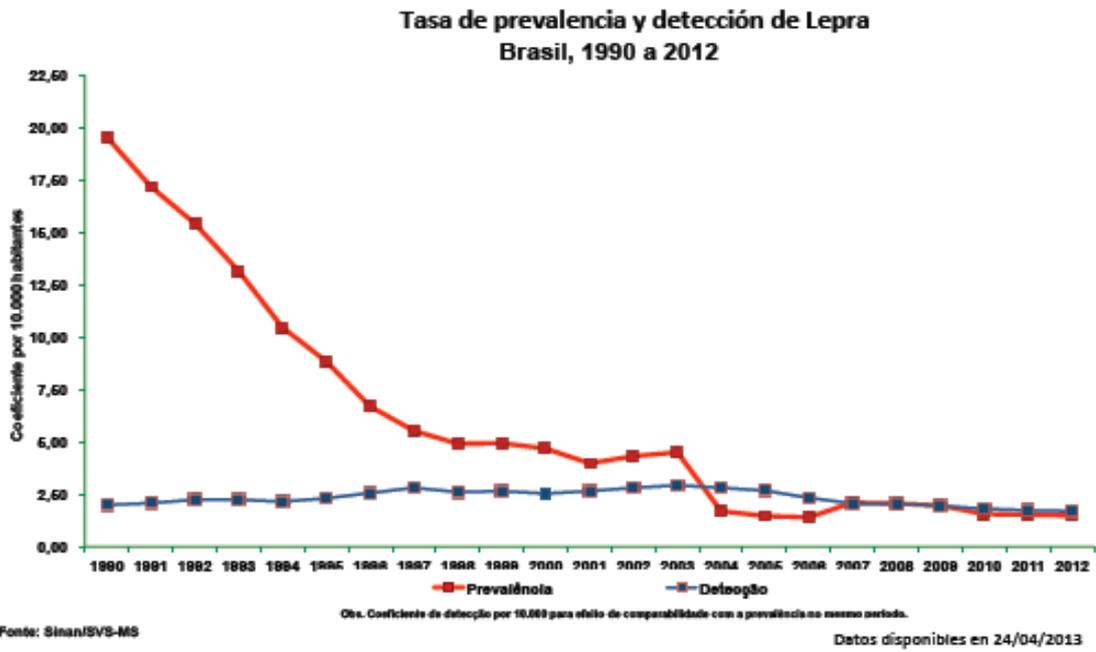
### FIGURA # 14.- COEFICIENTE DE DETECCIÓN DE LEPROA POR MUNICIPIOS. AÑO 2012.



### PREVALENCIA

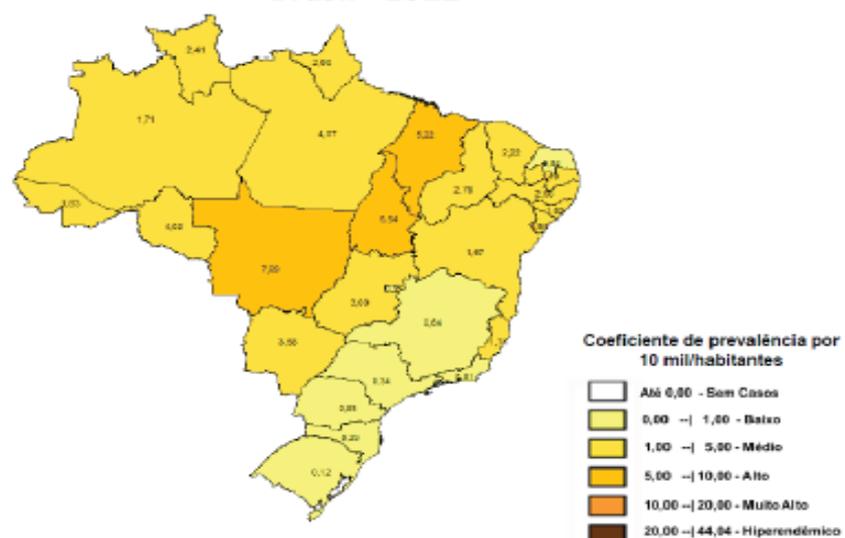
- La tasa de prevalencia es de 1,51 casos por 10 mil habitantes en 2012.
- Ocurrió una disminución de la prevalencia 3,99/10.000 habitantes (2001) para 1,51/10.000 habitantes (2012) pero la distribución espacial sigue siendo la misma.
- Las tasas son más elevadas en Estados de Mato Grosso, Tocantins, Maranhão, Pará y Rondônia.

**FIGURA # 15.- TENDENCIA DE PREVALENCIA Y DETECCIÓN EN BRASIL. AÑOS 1990 – 2012.**



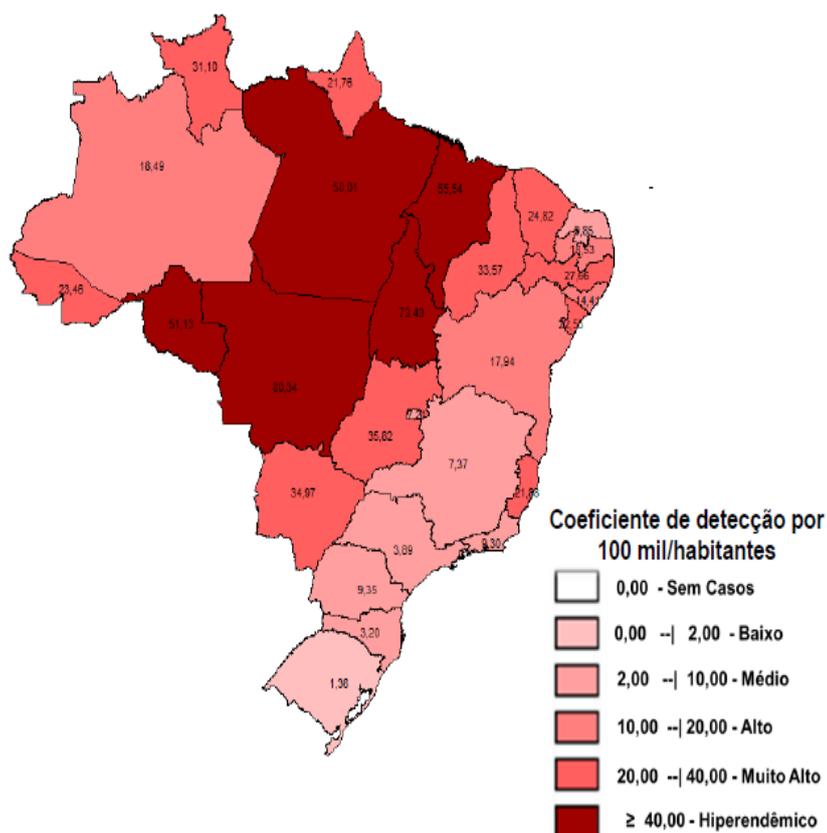
**FIGURA # 16.- TASA DE PREVALENCIA DE LEPROA POR ESTADO BRASIL 2012**

**Tasa de prevalencia de Lepra por Estado  
Brasil - 2012**



**FIGURA # 17- TASA DE DETECCIÓN DE LEPROSA POR ESTADO.2012**

**Coeficiente de detecção geral de hanseníase por estado Brasil -2012**



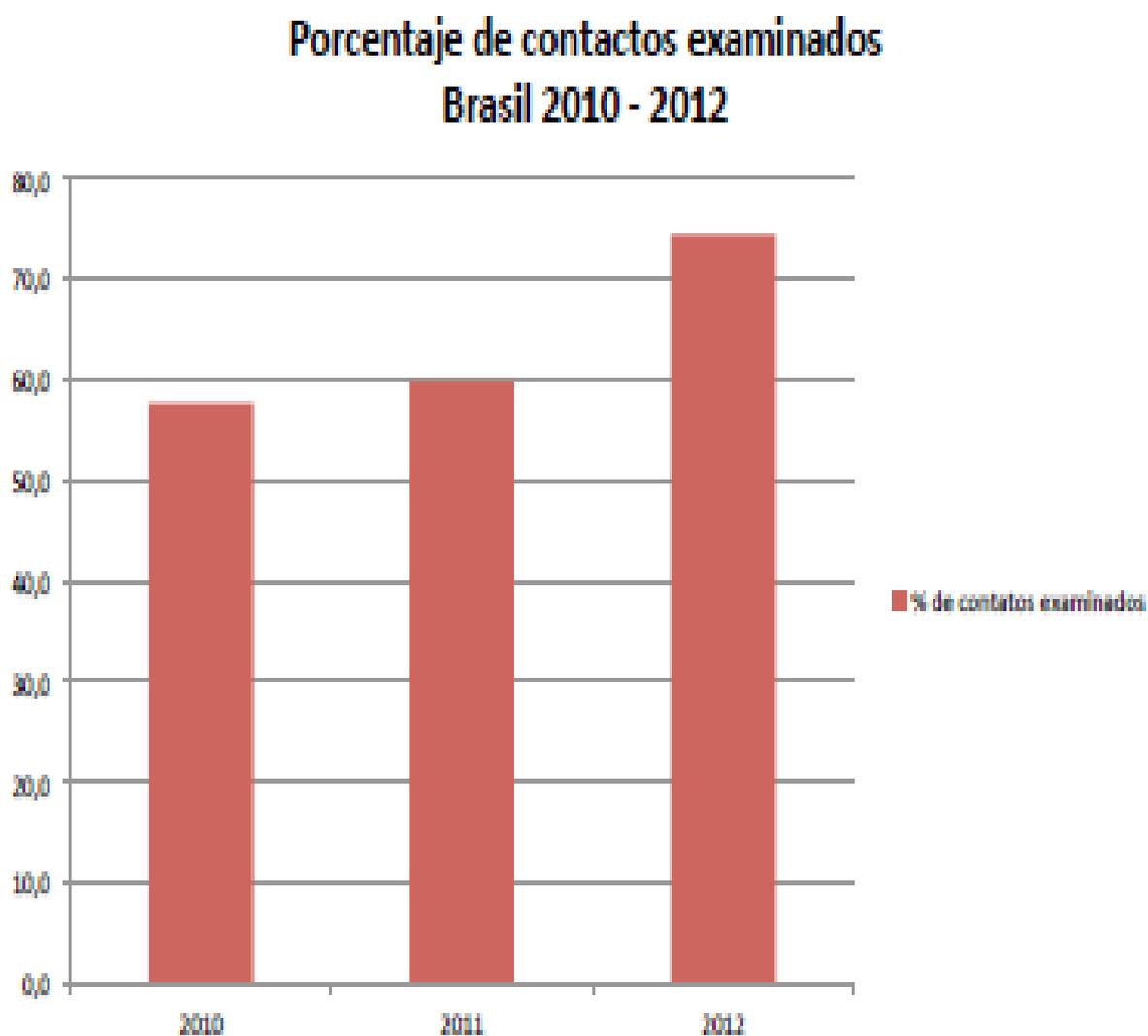
Fonte: Sinan/SVS-MS

Dados disponíveis em 24/04/2013

En Brasil, los indicadores epidemiológicos revelan que en el año 2010, se encontró un % de curación de casos nuevos de 82.3 %, para el 2011, 82,7 % y para el 2012 en un 85.9 % indicadores que revelan el trabajo ejecutado por el personal de salud en beneficio de las personas afectadas por lepra. En cuanto a los contactos examinados se obtienen porcentajes que van de menos a más, en el año 2010 el 57,7 %, para el 2011, 59,8 % y por ultimo para el año 2012 el 74.5%,

En Figura # 18, se observan los avances de contactos examinados, para el 2010 hasta el 2012.

**FIGURA # 18 PORCENTAJE DE CONTACTOS EXAMINADOS 2010 - 2012**



**AGENDA ESTRATÉGICA DEL MINISTERIO DE LA SALUD - PACTOS NACIONALES;**

- Decreto Ministerial 2556 de octubre de 2011 – transferencia financiera de +/- 12,5 millones de dólares para 706 municipios con una alta carga de la lepra, esquistosomiasis, geo-helmintiasis y tracoma; - +/- 8 millones de dólares para la lepra (258 municipios);
- Monitoreo con visitas técnicas y monitoreo de situación epidemiológica y movilización de gestores (tomadores de decisión)

## **OTRAS ACTIVIDADES...**

1.- LEM 2012 – 2013 (MS, OMS/OPS, Instituto Lauro de Souza Lima e Fundación Alfredo da Matta)

- Calidad de las informaciones
- Mejora en la cobertura de diagnóstico y tratamiento
- Tasa de curación más alta

2.- Campaña de detección de casos nuevos en menores de 15 años de edad

- Más de 220 casos nuevos confirmados
- Comunidad alerta
- Más de 2,5 millones de niños tratados con albendazol
- Más de 100 nuevos casos de tracoma en 06 estados;
- Más y más municipios piden apoyo para 2014
- Reunión de evaluación de 3 al 5 de septiembre – 250 participantes
- Buenas perspectivas para 2014.

## **CONCLUSIONES**

-La integración con otras enfermedades fortalece el programa de lepra y crea más oportunidades para la detección de nuevos casos y para lograr la meta de eliminación como problema de salud pública en todos los niveles (nacional y subnacionales);

- La necesidad de estrategias innovadoras - campañas combinadas, estrategias para la búsqueda activa de casos, etc.

- La necesidad de un compromiso político renovado;

- La necesidad de fortalecer el trabajo conjunto con ONGs y otros socios;

- Necesidad de monitoreo continuo de la situación epidemiológica con herramientas como el ejercicio LEM, por ejemplo, y otras.

## **Sesión 2.**

**ESTRATEGIA MUNDIAL MEJORADA PARA UNA MAYOR REDUCCION DE LA CARGA DE ENFERMEDAD DEBIDA A LA LEPROSA (2011 – 2015): AVANCES Y SITUACION ACTUAL.**

**PRESENTACION DE LA ESTRATEGIA Y DE LOS AVANCES A MITAD DE PERIODO HACIA SU IMPLEMENTACION Y LOGRO DE SUS OBJETIVOS. (DRA. MARTHA SABOYA .OPS.)**

**Sumana Barua. Director, Programa Mundial de Lepra, OMS, presenta Dra. Martha Saboya. USA.**

### **Estrategia Global**

De acuerdo a información que tiene la OMS, y para lograr las metas de la Estrategia global, cada país tiene que establecer cuáles son sus retos para poder lograr sus metas, la reducción de la carga y lograr la eliminación.

Entonces la estrategia global reconoce que cada país tiene su especificidad y que necesitamos mejorar en detectar casos y curar casos, si queremos cambiar los planes de eliminación. Un tercer principio es que necesitamos hacer una integración a nivel de los servicios de salud especializados y descentralizar la atención, porque el servicio tiene que estar lo más cercano al sitio donde viven la persona enferma y su familia.

Debemos innovar para poder llegar a las poblaciones a las cuales no llegamos y aquí no hay un solo país que diga que no tiene poblaciones a las cuales no puede llegar, ya sea por ubicación geográfica, por temas de interculturalidad como los pueblos indígenas, , barreras por conflictos internos, indiferencia, aislamiento etc., etc. Debemos pensar en formas de cómo llegar, otro tema muy fuerte que hay que abordarlo es el de la discapacidad grado 2 en niños, y si tenemos niños con discapacidad, no solo hay que valorar su discapacidad, sino durante todo el curso de su tratamiento, evaluarla y atenderla. Ese es un plan que deben establecer como prioritario los países, orientación de servicio basado en la comunidad para acercarnos al servicio integral de calidad. Otro tema que deben abordar los países es el tema de la eliminación pero con fuerte participación comunitaria. Ustedes saben que la lepra sigue siendo estigmatizante, seguimos atendiendo a los pacientes con lepra en servicios diferentes, por eso los problemas de discriminación siguen siendo muy preocupantes ; Como innovamos nosotros para reducir ese estigma, como construimos capacidad y poder garantizar estas actividades nacionales e innovar para mejorar el control o eliminación de las enfermedades desatendidas.

El otro principio es mantener alianzas. Nos referimos a fuertes alianzas dentro del país y por supuesto fuera del país con gran cantidad de socios que están dispuestos a trabajar con ustedes en el programa. Los programas nacionales deben tener, claridad en el qué, en el cómo y en el cuándo hacer alianzas; indicar a los socios para qué las quieren, y mediante monitoreo y evaluación mostrar los logros alcanzados.

Estos son principios que deberían estar guiándolos en su trabajo para hacer realidad las estrategias globales, son los principios por los que nuestros

programas nacionales deberán fortalecerse si quieren alcanzar las metas que estamos tratando de perseguir.

## LOGROS

La poliquimioterapia gratis para todos los casos que ustedes quieran e incluso por el número de meses que ustedes consideren para el tratamiento. La OMS jamás ha restringido el suministro de blíster del PQT para los países.

Se ha mejorado en temas de cobertura y accesibilidad y cuando estamos hablando de los logros estamos hablando de los logros a nivel global, pero estos logros pueden ser diferentes a nivel regional y entre los países por supuesto. Más de 16 millones de personas han sido diagnosticadas y curadas. Hemos eliminado la lepra a nivel nacional en muchísimos países, pero lograr la meta a nivel nacional no significa realmente que el trabajo en lepra haya terminado.

Se ha avanzado en la vigilancia centinela de la resistencia de los medicamentos usados para el tratamiento de la lepra.

Se han implementado en varios países estrategias para reducir el estigma y la discriminación, varios países ya están trabajando en prevención y eliminación de estigma.

Hemos mejorado las alianzas a nivel global y una fuerte alianza con socios interesados en participar en el tema y están apoyando no solamente con técnicas sino financieramente. Es el caso de la Fundación Sasakawa por ejemplo, que da una contribución bien importante a nivel global y a las Américas para apoyar los esfuerzos de eliminación de la lepra. Se dispone de guías para fortalecer la participación de las personas afectadas en los servicios de lepra, para estar actualizados, para compartir nuestros retos, para pensar entre todos cuál es la mejor forma en que podemos avanzar a nivel regional en la eliminación de la lepra.

## DESAFIOS

Pero por supuesto tenemos muchos retos. Uno de ellos es definitivamente el que garanticemos un acceso adecuado a diagnóstico y tratamiento.

Sabemos cómo diagnosticarla, sabemos cómo tratarla, tenemos la quimioterapia, pero los pacientes siguen teniendo problemas de acceso a los servicios de salud.

Tenemos retos todavía en cómo estructurar las redes de referencia y contra referencia de pacientes. Si bien es cierto estamos hablando de que el servicio de salud debe estar lo más cercano a la vivienda del enfermo; también es cierto que hay un nivel de especialidad que tenemos que manejar y por lo tanto los países deben definir cómo están los niveles de referencia y contra referencia, quién hace

qué y quién sirve a qué. En muchos países tenemos una separación muy marcada entre el servicio especializado de dermatología y los servicios de atención primaria en salud, no hay diálogo, entonces, cómo logramos avanzar en esta integración es un reto bien importante.

Seguimos teniendo la adecuada comprensión, uso y cálculo de los diferentes indicadores de monitoreo y evaluación de los programas de lepra problemas en la identificación de indicadores. También en todo el tema de comunicación, información, educación.

Se debe revisar cómo vincular al paciente con toda su familia afectada al programa de servicio de lepra para el mejoramiento de los servicios de salud y de la atención en salud de la lepra.

Construir capacidad, este es un tema muy crítico para la región de las Américas. Qué es capacidad? Y la capacidad no se puede construir si usted no sabe cuál es su problema y qué se necesita para solucionarlo.

Es necesario elaborar un plan, pero no es posible construirlo si usted no sabe cuáles son sus necesidades. Usted tiene que demostrar que ese es un problema, cual es su magnitud, por cuánto tiempo es necesario invertir y cuales son los beneficios, pensando estratégicamente. Tenemos que hacer alianzas efectivas. Las alianzas efectivas son cuando reconocemos un problema, reconocemos que cada uno de nosotros tiene algo específico y cómo nos unimos para hacer que eso que necesitamos se implemente. Entonces la alianza efectiva es cuando logro hacer una alianza con nuestro colaborador o socio para mejorar mi capacidad de diagnóstico y de tratamiento. Este socio es al que busco no cuando lo necesito, es el socio a quien invito a ser parte del programa.

Otro tema es prevenir desarrollo de la resistencia, y de eso vamos a hablar, cuando hablemos de cuáles son las distintas alternativas para poder trabajar en el tema de la vigilancia de la resistencia a los medicamentos usados en el tratamiento de la lepra.

## **PREGUNTAS Y DISCUSION.**

### **DRA. MARIA VICTORIA ALVARENGA. PARAGUAY.**

Yo creo que a medida que ahondemos en el problema de la lepra encontramos cada vez cosas nuevas, cosas muy difíciles todavía de entender. Esto nos exige ser más especializados para capacitación del personal. Por ejemplo, los que tenemos muchos casos de reacciones que provocan cuadros complicados, necesitamos especialistas, cuando solo tenemos medicamentos accesorios y no los habituales de la enfermedad. En el caso de mi país el 35% de los pacientes multibacilares en

algún momento hacen su reacción, entonces la cantidad de pacientes que consultan por estados reaccionales en el año son muchos. Ese es un problema, al trabajar con otros programas desde hace 5 años como tuberculosis, nosotros trabajamos para hacer la capacitación en lepra utilizando los espacios del programa de tuberculosis porque es muy difícil con los recursos destinados solo para lepra. Entonces cuando vemos que formamos parte de otros programas la lepra queda muy relegada o marginada. Paraguay tuvo 150.000 casos de dengue en mi país y de estos hubo 79 muertos. El Ministerio le da más importancia a esas situaciones. Nosotros sabemos que la lepra no es problema ya que no afecta mayormente en el país a niños, no es una epidemia. Entonces son problemas que todavía tenemos que resolver, que el estado colabore con el programa, porque no hay presupuesto, como para las capacitaciones. En el programa de lepra de Paraguay recibimos la ayuda de la DAHW, la mayoría de las actividades más del 60 % de las capacitaciones las coordinamos con el apoyo del Hospital Mennonita en Paraguay. Son verdaderos problemas, nosotros tenemos capacidad pero no tenemos presupuesto.

#### **DR. SANTIAGO NICHOLLS.**

Usted ha dicho cosas importantes, pero hemos indicado en la mañana, que es parte de nuestra tarea lograr que el problema de lepra siga en la agenda de los Ministerios de Salud. Se debe colaborar y no quitar recursos para las acciones de lepra., sabemos que otras enfermedades como dengue y otras enfermedades, nos quitan recursos para nuestro programa.

#### **JIM OEHRIG, AML/ ILEP**

En lugar de ver programas de lepra con otros programas, nosotros tenemos registros y experiencias de que varios miembros de ILEP han recibido solicitudes de apoyo de algunos Gobiernos, formamos equipos multidisciplinarios, y brindamos el apoyo necesario.

#### **ALBERTO RIVERA. DAHW**

Nosotros como ONG brindamos el apoyo y acciones de cooperación hasta que el Estado vaya asumiendo su rol de asegurar la sostenibilidad. Aquí por ejemplo en Ecuador brindamos apoyo hasta hace 2 años. En Argentina también y en Colombia desde hace 40 años. Los programas de lepra tienen debilidad que se siente todavía.

## **TRABAJO EN GRUPO.**

### **3 DESAFÍOS Y 3 ACCIONES PARA SUPERARLOS EN EL CUMPLIMIENTO DEL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA GLOBAL.**

Grupo 1: Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, República Dominicana

Grupos 2: Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, El Salvador, Guatemala y Perú.

Grupo 3: Barbados, Belice, Dominica, Guyana, Haití, Monserrat, Saint Lucia, Suriname, Trinidad y Tobago

## **CONSENSO DE LOS GRUPOS**

### **GRUPO # 1**

#### **DESAFÍOS**

- 1.- Fortalecer la capacidad en los servicios de 1 y 2 nivel
- 2.- Reducción de estigma
- 3.- Mejorar búsqueda, examen y seguimiento de contactos
- 4.- Asegurar apoyo político y financiero permanente
- 5.- Detección y prevención de discapacidades
- 6.- Manejo integral y multidisciplinario de la lepra

#### **ACCIONES**

1. a - Capacitación al personal de Atención Primaria en Salud
2. a - Involucrar a los gobiernos
2. b - Sensibilización e IEC
2. c - Consejería y capacitación a familia y comunidad
3. a- Intensificar acciones de vigilancia epidemiológica
3. b - Meta: Examinar 100% de contactos domiciliarios y cuando lo amerite, extra domiciliarios.

- 4. a - Identificar necesidades
- 4 .b - Abogacía ante autoridades y socios estratégicos, apoyo internacional
- 5. a - Capacitación al personal de salud sobre importancia de la discapacidad y de su prevención, atención y rehabilitación.
- 6. a- Asegurar atención integral en los servicios en todos los niveles
- 6. b - Sensibilizar y crear alianzas: gobiernos locales, socios, academias

## **GRUPO 2**

### **DESAFIOS**

1. Dificultades en la concordancia y coordinación entre el sistema de información en salud y el sistema de vigilancia epidemiológica para lepra.
2. Dificultades en la detección y diagnóstico oportuno de casos y la investigación de contactos.
3. Dificultades en la unificación de esquemas de tratamiento y criterios de terminación de tratamiento.
4. Baja sostenibilidad de las acciones y presupuesto para el programa de lepra a nivel nacional y subnacional.
5. El programa de lepra sigue siendo un programa vertical lo cual dificulta su sostenibilidad en países con bajo número de casos.
6. Descentralización del programa a una sola área y concentración de acciones en una sola área geográfica (por eje. Descentralización a un departamento en Honduras, y concentración de acciones en la capital de Guatemala)
7. Baja capacidad en detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en lepra incluyendo la capacitación en lepra a los integrantes del sistema de salud a nivel nacional y subnacional.
8. Dificultades en la evaluación y atención integral de la discapacidad por lepra

### **ACCIONES**

1. Establecer alianzas con las universidades y academia para que el tema de la lepra sea incluido de forma innovadora en la formación del talento humano en pre-

grado, posgrado y en servicio en zonas endémicas (incluyendo a todos los trabajadores de salud y APS).

2. Integración con otras actividades o estrategias para aumentar la detección (cada país debe identificar la estrategia)
3. Posicionar las acciones de lepra en la agenda de salud pública de cada país.
4. Establecer alianzas efectivas con socios y aliados nacionales e internacionales.
5. Implementar acciones integrales de prevención, atención y reducción de la discapacidad.
6. Análisis de información para el monitoreo, evaluación y toma de decisiones
7. Establecer claramente el sistema de referencia y contrarreferencia
8. Implementar acciones para mejorar la capacidad y calidad de laboratorio para lepra

### **GRUPO 3**

#### **DESAFÍOS**

1. Falta de concientización y conocimiento de la enfermedad de Hansen y el manejo entre los trabajadores de salud primarios y secundarios de la salud.
2. Falta de conocimiento de la enfermedad de Hansen entre la población en general.
3. Estigma y discriminación contra los clientes con la enfermedad de Hansen.
4. Falta de la capacidad en recurso humano, diagnóstico, rehabilitación y finanzas.

#### **ACCIONES**

- 1.- Incrementar y mejorar el entrenamiento y la sensibilización a los trabajadores de salud.
2. La sensibilización con respecto a la enfermedad de Hansen del público en general vía Audio/ Video y metodología electrónica.
- 3.- Hablar de la enfermedad a los afectados y los beneficios en relación a su enfermedad.
4. Fortalecimiento del compromiso político

## **DISCUSION ABIERTA: DESAFIOS HACIA LA IMPLEMENTACION Y LOGROS DE LOS OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL MEJORADA EN LAS AMERICAS.**

### **DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS.**

Hay algunos aspectos importantes que surgieron de las discusiones en grupo:

- 1) Capacitación, al personal de salud.
- 2) Detección de casos
- 3) Evaluación y prevención de discapacidad
- 4) Propuesta de cambiar el día mundial de la lepra debido a situaciones especiales  
(por ejemplo: vacaciones; presupuestos débiles para iniciar el año)
- 5) Falta de conciencia y conocimiento del personal de salud

### **DRA. MARTHA SABOYA. OPS**

Nosotros hemos discutido varias veces como podemos mantener los casos de lepra más bajos, también hemos discutido los talleres. En el Grupo # 2 se hablo de la capacitación, con talleres nacionales y subnacionales. La pregunta es cómo hacemos para innovar las capacitaciones, cual es el impacto de estos talleres como incremento en la detección de casos nuevos, y como logramos haciendo la capacitación en servicio.

### **DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA.BRASIL**

Nosotros en Manaus tenemos 61 municipios y tenemos que hacer supervisiones. Para nosotros es muy difícil capacitar a todo nuestro personal, desde hace 2 años estamos utilizando el sistema de teleconsultoria, telesalud y telemedicina, tenemos el apoyo de la Universidad. Otros países que tienen problemas económicos podrían aprovechar este recurso.

### **DR. SANTIAGO NICHOLLS.OPS.**

Esta es una buena posibilidad para la innovación aprovechando los avances de la tecnología.

### **ALBERTO RIVERA DAHW-ALEMANIA**

Quiero socializar la experiencia de la DAHW. Se realizan capacitaciones tanto teóricas como prácticas, a grupos de médicos en atención primaria y en zonas endémicas de lepra. Dentro de la temática tenemos como se hace un diagnóstico de lepra, como tratar una reacción leprosa, diferenciar una recidiva de una reacción leprosa y olvidándonos un poco de las diapositivas, entonces se va directamente

con el paciente que nos espera y les enseñamos como diagnosticar y tratar a los pacientes con posible sintomatología de lepra. Hemos realizado diagnósticos de pacientes que son sintomáticos de piel a quienes se les hace la prueba y salen positivos en los momentos de las capacitaciones que tienen una duración de 2 a 3 días. En Colombia hay alrededor de 7000 médicos y más de 400 casos nuevos de lepra.

#### **DRA. MARTHA.SABOYA. OPS.**

A la Dra. Alvarenga, de Paraguay, se le debe hacer difícil el programar una capacitación si no cuentan con recursos. El Dr. Falconi de Perú, dice que tiene el programa de lepra junto al de tuberculosis. Se podría pensar en extender criterios de capacitación como por ejemplo leishmaniosis, con lepra, establecer diagnósticos diferenciales. Donde un médico no vea ningún caso de lepra, como justifico la capacitación. Deberíamos integrar acciones como el diagnóstico y tratamiento de enfermedades desatendidas de la piel.

### **DIA # 2. PLAN DE TRABAJO DE LOS PAISES DE LA REGION DE LAS AMERICAS PARA ENFRENTAR LOS RETOS EN LA ELIMINACION DE LA LEPPRA.**

#### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL DIA 1 SITUACION ACTUAL DE LA LEPPRA, DESAFIOS Y PROGRESOS HACIA LAS METAS GLOBALES Y REGIONALES**

#### **DR. SANTIAGO NICHOLLS**

##### **DESAFIOS**

- 1.- Desconocimiento y percepciones erróneas de la población y del personal de salud sobre lepra.
- 2.- Carencia en el conocimiento sobre el manejo de casos de lepra en los servicios de atención en salud.
- 3.- Estigma y discriminación de las personas y familias afectadas por la lepra.
- 4.- Dificultades en la detección de casos y la investigación de contactos.
- 5.- Baja sostenibilidad de las acciones y presupuesto insuficiente para el programa de lepra a nivel nacional y subnacional.
- 6.- Falta de sensibilización y capacitación para el personal de salud acerca de la importancia de evaluar y registrar el grado de discapacidad en todos los casos

y de su prevención y rehabilitación, y de las consecuencias de no implementarla adecuadamente.

- 7.-Dificultades en la concordancia y coordinación entre el sistema de información en salud y el sistema de vigilancia epidemiológica para lepra, incluyendo el análisis para la toma de decisiones a nivel nacional y subnacional.
- 8.-Dificultades en la unificación de esquemas de tratamiento y criterios de terminación de tratamiento.
- 9.-Existencia de barreras para la integración de acciones de lepra en otras acciones de atención primaria en salud.
- 10.- Debilidad de los programas nacionales de eliminación de lepra y falta de competitividad frente a otras prioridades en salud pública.

### **ACCIONES PARA SUPERAR LOS DESAFÍOS.**

- 1.- Fortalecer la capacidad de los países para implementar acciones integrales de eliminación de la lepra.
- 2.- Vincular a los socios y aliados nacionales e internacionales y centros colaboradores de OPS/OMS a los programas nacionales para apoyar en los planes de eliminación de la lepra.
- 3.- Sensibilización a la población en general sobre la lepra.
- 4.- Implementar y fortalecer la sensibilización y el entrenamiento para los trabajadores de la salud en el manejo de la lepra.
- 5.- Incluir las acciones de eliminación del estigma y la discriminación como una de las líneas estratégicas de los planes nacionales y subnacionales, con enfoque intersectorial, en la cual apoyen las ONGs, socios, aliados y organizaciones de la sociedad civil.

- 6.- Intensificar las acciones de vigilancia epidemiológica e integrar acciones de detección de casos e investigación de contactos en otras actividades de APS.
- 7.- Formular planes nacionales de eliminación de la lepra que contengan: situación, metas, necesidades, intervenciones, costos e indicadores de M&E.
- 8.- Sensibilización, capacitación e implementación de acciones integrales para la evaluación, la prevención y el manejo de la morbilidad y la discapacidad en lepra en el marco de la APS.
- 9.- Fortalecer los sistemas de información y de vigilancia epidemiológica para la toma de decisiones en la eliminación de la lepra.
- 10.- Establecer alianzas con socios estratégicos a nivel subnacional, nacional e internacional para implementar los esquemas de tratamiento recomendados por la OPS/OMS.
- 11.- Crear conciencia sobre la importancia y los beneficios de la integración, y las condiciones para implementarla a través de estrategias innovadoras.

### **SESION 3.**

#### **PLAN DE TRABAJO DE LOS PAISES: ABORDANDO LOS DESAFIOS REGIONALES.**

##### **ANEXO # 1**

Cada uno de los delegados de los países, individualmente, esboza un plan de trabajo de al menos 3 actividades principales a realizar dentro de las siguientes líneas de acción, especificando su período de tiempo (cuándo), las personas o instituciones responsables, el apoyo requerido por parte de OPS y de los socios y centros colaboradores de OMS, en la matriz elaborada.

#### **TRABAJOS EN TRES GRUPOS:**

1. Países con alta carga de enfermedad: 100 o más casos nuevos anuales:

Argentina, Brasil, Bolivia, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, Republica Dominicana.

2. Países hispanos- parlantes con menos de 100 casos nuevos anuales:

Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Perú, Panamá, Honduras, Nicaragua.

3 . Países de habla inglesa, francesa y holandesa con baja carga de enfermedad:

Barbados, Guyana, Belize, Surinam, Trinidad y Tobago.

### **LÍNEAS DE ACCIÓN PROGRAMÁTICAS**

- 1) Vigilancia epidemiológica.
- 2) Calidad de los servicios de salud en lepra.

### **LÍNEAS DE ACCIÓN TRANSVERSALES:**

- a) Eliminación de la estigmatización y discriminación en lepra.
- b) Equidad y Género.
- c) Rehabilitación basada en la comunidad.
- d) Educación y sensibilización de la comunidad.
- e) Rol de las personas afectadas por lepra en los servicios de lepra

**PREGUNTAS, DISCUSION Y COMPLEMENTACION A LOS PLANES DE TRABAJO.**

#### **GRUPO # 1**

**NICARAGUA.- DR. GERARDO DELGADO.**  
**PANAMA.- DRA. CECILIA DE ARANGO**  
**PERU.- DR. EDUARDO FALCONI.**

Preguntas o comentarios a las exposiciones de los participantes del grupo # 1

**DRA. REGIANE DE PAULA**  
**CARDOSO. BRASIL**

En Brasil el sistema de vigilancia entre Ministerio de Salud y demás entidades se lo hace por códigos a nivel nacional.

#### **DRA. LESNY RUTH FUENTES. HONDURAS:**

Estamos interesados en el plan en una evaluación del programa de lepra, hacer sentir las necesidades y políticamente de fortalecer el programa a nivel nacional.



#### **DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS.**

Un buen punto para tener en cuenta para programar ya no para este año, sino para el próximo año para el primer trimestre para Honduras, el tema de monitoreo y evaluación.

#### **DR. GERARDO DELGADO. NICARAGUA:**

En Nicaragua solo 16% de población que tiene acceso a tecnología de computación y el 4 a 5 % a internet. Queremos que consideren capacitarnos de manera permanente y compartir información, si hay alguna forma de apoyo de trípticos, afiches

#### **DRA. AZALEA ESPINOZA AGUIRRE. COSTA RICA**

Dentro de lo que se planteo, nosotros nos gustaría tener el apoyo para hacer el estudio o seguimiento de los casos y sus contactos. Hay algunos hospitales de seguridad social que no le han dado el seguimiento a estos casos, otro aspecto que me gustaría es el estudio a la resistencia a los medicamentos, lo que no se está haciendo desde muchísimos años, de hecho también sabemos que muchos casos nuestros de lepra lepromatosa difusa, no sabemos si son resistentes o que es lo que está pasando con ellos, tienen un periodo de 10 años que no han podido salir de tratamiento. Ese es mi pedido de apoyo.

#### **DRA. LESNY FUENTES. HONDURAS.**

Acabamos de iniciar un proceso de estudio de resistencia de la lepra, nos está apoyando en la coordinación el Dr. Romero Montoya de la OPS. Sabemos que con la secretaria de salud no contamos, Necesitamos apoyo, sin embargo ya nos hemos puesto en contacto con la Dra. de Brasil como un compromiso previo serio, para que nos hagan las capacitaciones al respecto.

#### **DR. CARLOS FUENTES. GUATEMALA.**

Consideramos que todos los aspectos tratados por Centro América deben de sumarse a la tecnología que aunque nuestros casos son pocos, nos gustó que nos incluyeran dentro de las capacitaciones y evaluaciones, me gusto lo que está haciendo ya el programa de lepra en Honduras. Invitamos a los distintos cooperantes que nos participen su apoyo.

### **DRA. MARIA ALVARENGA. PARAGUAY.**

Proponemos a la OPS, que se hagan anualmente estas sesiones y capacitaciones de lepra, donde estuve hace 10 o 15 días, en la Fundación Alfredo da Matta con gente que conoce muchísimo de la enfermedad. Llegar a un acuerdo anualmente y que personal de nuestros países vayan a las capacitaciones.

### **DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS.**

Una observación muy importante esta vez hicimos esta primera experiencia con la Fundación Alfredo Da Matta, tuvimos que seleccionar algunos países. Es mejor tener grupos pequeños. También podemos hacer otro tipo de cursos, ya hemos hablado con el Dr. Virmond en algunas necesidades de Cirugía y todo lo que tiene que ver con discapacidades y rehabilitación, con el Instituto Lauro de Souza Lima, que es nuestro centro colaborador de la OMS. Estamos en contacto con nuestros colaboradores en la Región de manera que lo tenemos contemplado en las actividades para el próximo año, dependemos de los fondos que nos proporcionen.

### **DRA. FANNY VERDUGA. ECUADOR**

Nosotros como Ecuador, tenemos muchas debilidades. En lo que es diagnóstico por laboratorio, no todo el personal está capacitado en el estudio morfológico, incluso en el mismo es una debilidad fuerte que tenemos nosotros, un grupo de pacientes en el laboratorio reportan positivo o inactivo. Resulta que se van o abandonan el tratamiento y no sabemos si son persistentes o resistentes. Pido y apoyo el estudio en PCR para saber si estamos frente a una resistencia bacteriana.

### **DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS.**

Hemos detectado la necesidad de fortalecer los diagnósticos por laboratorio. La necesidad de actualización en bacilos copia con algunos países seleccionados con el apoyo de los centros colaboradores de la Región.

### **GRUPO # 2**

**SURINAM.- DRA. KARIN SHANTA**

**MIREILLE**

**DOMINICA.- DOROTHEA LENORE**

**BARBADOS.- RAJAMANICKAM**

**MANOHAR.GERARDO**

Preguntas o comentarios a las exposiciones de los participantes del grupo # 2



#### **DRA. KETURAH EDWIN –TOBIAS. SANTA LUCIA.**

Solo tenemos 5 casos nuevos al año, de los cuales si hay discapacidad, pero hay que tener implementado el sistema.

#### **DRA. DOROTHEA LENORE HAZEL.MONSERRAT**

En mi país tenemos el diagnóstico cada año de 28 a 32 casos, no disponibilidad de personal de laboratorio, requerimos el apoyo de la OPS, para el entrenamiento del personal de salud.

#### **DR. KUMAR SUNDARANEEDI. TRINIDAD - TOBAGO**

Tenemos problemas con el financiamiento y se necesita un especialista para el manejo de esta enfermedad. Se presentan 25 a 35 casos de la enfermedad de Hansen cada año.

#### **DRA. NINFA KEN HASBUN. BELICE**

No se han reportado casos.

No contamos con un programa nacional de lepra

#### **DRA. MARIA DA GRAÇA. BRASIL**

Tenemos muchos problemas con el análisis de los laboratorios, necesitamos de mucha capacitación nacional, lo que quiero decir es que el diagnóstico de lepra principalmente es clínico, el 50 % de los casos son multibacilares y 50% paucibacilares.

#### **DRA. MARTHA SABOYA. OPS.**

En la reunión del año pasado y con los países del Caribe este año hemos sido muy insistentes en el uso de la baciloscopia diagnóstico y para el seguimiento de los pacientes al concluir el tratamiento.

Entonces tenemos que incluir en las próximas capacitaciones el alcance de la baciloscopia, tenemos que abordar claramente el tema si nosotros necesitamos aclarar el uso que le damos al final del tratamiento. Es necesario definir quienes serian los que recibirían la capacitación.

### **DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA, BRASIL.**

Cuando un paciente requiere tratamiento para lepra y su baciloscopia esta con 4 o 5 cruces, nosotros recomendamos aplicar 24 dosis. Este enfermo al final del tratamiento tendrá baciloscopia positiva, su baciloscopia podrá ir negativizandose después de 4 o 5 años gracias a su sistema inmune, pero en ese lapso de tiempo puede presentar leproreacciones. Estudios realizados dejan bien demostrado dicho criterio.

### **DR.SANTIAGO NICHOLLS, OPS.**

Es una buena sugerencia de Dra. Martha que con la colaboración del Dr. Virmond y de Dra. María da Graça Cunha, se publique una guía del uso de la baciloscopia en el diagnóstico de lepra y de la real utilidad de la baciloscopia en diagnóstico y seguimiento de lepra.

### **GRUPO # 3**

**BRASIL. DRA. REGINE DE  
PAULA CARDOSO  
CUBA. DRA. RAISA RUMBAULT  
REPUBLICA DOMINICANA. DR.  
SOCRATE CANARIO**

### **PREGUNTAS O COMENTARIOS:**

**DRA. ALEJANDRA PORTILLO.  
EL SALVADOR.**

Ustedes están en el plan de la eliminación de la lepra, como actúan los Dermatólogos, hacen diagnóstico diferencial a la lepra, o los dermatólogos la buscan.



### **DR. SÓCRATE CANARIO .REPUBLICA DOMINICANA**

El Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel es el responsable del Programa de Lepra. Todos los médicos Dermatólogos que se preparan allí salen titulados especialistas en lepra, y en atención de enfermedades de transmisión sexual. Logró la meta de eliminación a nivel nacional, pero tiene 2 o 3 provincias con una prevalencia mayor. Se hace investigación como eje transversal.

**DRA. MARTHA SABOYA. USA.**

Hablan de investigación, que tipo de investigación piensan hacer:

**Dr. SOCRATE CANARIO. REPUBLICA DOMINICANA**

Tenemos una provincia colindante con Haití, y queremos saber si estos casos de lepra son de Republica Dominicana o de Haití.

**DRA. MARTHA SABOYA. OPS.**

Se debe documentar la problemática con Haití, y luego definir las actividades a emprender.

**DR. SOCRATE CANARIO. REPUBLICA DOMINICANA.**

Tenemos documentados los casos que atendemos, pero son de Haití.

**DRA. FANNY VERDUGA. ECUADOR.**

Como hace para asegurar la curación de su paciente.

**DR. SOCRATE CANARIO. REPUBLICA DOMINICANA.**

Los pacientes que se han identificado, que tienen que verlos todos los años un dermatólogo, así como a los contactos domiciliarios y extradomiciliarios. Hacemos operativos médicos como preparación de los dermatólogos también vamos a los grupos cautivos y examinamos a esta población casa por casa, institución por institución. atendemos el país entero.

**DR. SANTIAGO NICHOLLS, OPS.**

Hay un problema que ha sido mencionado: la emigración de pacientes de un país a otro, como sucede con bolivianos pasan a Brasil. Hay que buscar acciones conjuntas para una solución.

**DR. VÍCTOR ARAUZ. OPS- ECUADOR.**

En las presentaciones vemos muchas coincidencias e ideas que se pueden incorporar en Ecuador, en beneficio del paciente afectado por lepra, ha sido muy enriquecedora esta reunión.

En relación a la RBC, debe ser considerada como estrategia primaria. Observo que no hay suficiente conocimiento de la estrategia, de incluir a los pacientes a la rehabilitación y en el desarrollo local de producción, al desarrollo local con la participación de los gobiernos locales.

En próximas reuniones se planteen experiencias de ONG, de aplicación para rehabilitar a personas que presentan lepra.

**DRA. MARTHA SABOYA. OPS.**

Preguntas para Dr. Virmond y Dra. María da Graça Cunha. Brasil.

Preguntas: En Republica Dominicana y Cuba, porque estos 2 países hacen tan buen seguimiento de contactos, y en el caso de Cuba hace quimioprofilaxis con Rifampicina, quien de ustedes hace quimioprofilaxis:

**DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL**

Esta pregunta es casi imposible de responder, la existencia de la micobacteria va más allá del tratamiento. Puede quedarse y emerger en un tiempo futuro, en Europa ya no hay lepra desde hace muchas décadas, quizá no logro el ciclo de auto modificación, esa es una posibilidad. Cuba tiene un buen sistema de salud y la aplicación de quimioprofilaxis en lepra, este es un hecho sorprendente, que se mantenga un nivel de casos nuevos por tantos años; entonces, lo que puedo yo decir, es que la pregunta es difícil de responder, depende del terreno, de la genética, pero tenemos que continuar, eliminar, pero no jamás erradicar.

**DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL.**

Tengo algunas consideraciones, con respecto a Cuba, los trabajadores de salud que estén empeñados en la revisión de contactos, algunos casos, se escapan, y eso hace que sea poco probable de identificar, la otra pregunta que pasó con la quimioprofilaxis, será que fue efectiva, cuantos casos nuevos surgieron a pesar de la quimioprofilaxis,

**DRA. RAISA RUMBAULT. CUBA**

Este tipo de preguntas nos hacen en todos los escenarios que vamos, porque en realidad es así, aunque no debería ser, Nosotros hemos identificado brechas que tenemos y que van desde de la identificación de contactos, por ser una enfermedad de larga evolución, por esa razón es muy difícil, esa identificación, y cuál fue su fuente de contacto, otro punto puede ser porque el médico no lo identifica o el paciente lo oculte, este ocultamiento puede ser que sea involuntario, lo otro es que a pesar de la pesquisa de los contactos, debemos saber cuáles son intra y extra domiciliarios, , hemos visto que todavía se siguen detectando casos nuevos en pacientes que acuden espontáneamente, no porque piensan que tienen lepra, sino porque tienen ya una lesión visible.

Otro problema es el examen dermatológico - neurológico, el examen es difícil y complejo para nuestros dermatólogos y médicos de la familia no están bien

entrenados, y con relación a la quimioprofilaxis que estamos dando a los contactos.

Nos hemos propuesto realizar una investigación o estudio retrospectivo, en relación de los contactos que tomaron quimioprofilaxis y cuáles de estos hicieron lepra, que tipo de lepra desarrollaron, otro asunto es el trabajo que estamos realizando con los determinantes sociales de salud, no solo aportan en lepra sino también en otros programas como tuberculosis y VIH.

#### **DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL.**

Quisiera transmitir otra opinión al respecto al tema. Sabemos que el descenso de la prevalencia e incidencia de casos de lepra en Europa, ocurrió antes del uso del tratamiento específico con dapsona, y también antes del uso del sistema de aislamiento o internación para dar tratamiento específico, estos hechos no fueron tan importantes, lo que ocurrió fue que mejoró la condición socio – económica. Esperamos que las generaciones futuras vean la reducción más segura de la incidencia y quizá la ausencia de casos.

#### **DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS.**

Ojala que en algunos años podamos mejorar y decir que en algunos países que tienen reducción de casos como Uruguay y Costa Rica, o los países del Caribe. Sería posible implementar alguna estrategia, para tratar los pocos casos que tienen y que luego estén con cero casos.

### **DIA # 3.- ELIMINACION DE LA ESTIGMATIZACION Y LA DISCRIMINACION DE LOS PACIENTES AFECTADOS POR LEPRO Y DE SUS FAMILIARES, PREVENCION, MANEJO Y REDUCCION DE LA DISCAPACIDAD.**

#### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL DIA ANTERIOR**

##### **A - LÍNEAS DE TRABAJO**

1. FORTALECER LA FORMULACIÓN, ACTUALIZACIÓN, DIFUSIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y MONITOREO DE LAS GUÍAS DE MANEJO INTEGRAL DE CASOS DE LEPRO.
- Alianzas con equipos básicos de salud y sociedades de dermatología.
  - Apoyo de expertos para la formulación y actualización de guías nacionales

- Vincular a otros especialistas relacionados con la atención integral de casos (neurólogos, oftalmólogos, internistas, fisiatras, etc.).

## **2. INCREMENTAR Y MANTENER LAS CAPACIDADES DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD PARA MEJORAR LA DETECCIÓN TEMPRANA Y MANEJO DE CASOS:**

- Entrenamiento en:
- Búsqueda, examen y seguimiento de contactos
- Detección, diagnóstico y manejo de casos,
- Evaluación del grado de discapacidad, prevención de discapacidad y rehabilitación,
- Baciloscopia y biopsia: aspectos técnicos, uso racional e interpretación, y aplicaciones en lepra.

## **3. FORTALECER LA GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS A NIVEL NACIONAL Y SUBNACIONAL**

- Solicitud y adquisición de medicamentos
- Cadena de distribución y almacenamiento
- Uso de medicamentos
- Manejo de inventarios y monitoreo

## **4. FORTALECER LA EVALUACIÓN, LA PREVENCIÓN, EL MANEJO Y LA REHABILITACIÓN DE LA DISCAPACIDAD CAUSADA POR LEPROSIS:**

- Asegurar que se evalúe la discapacidad al momento del diagnóstico en todos los casos nuevos, durante el tratamiento, al egreso y en el seguimiento postratamiento incluyendo la evaluación dermatológica - neurológica.
- Evaluar la discapacidad en todos los casos en que no haya sido evaluada.
- Implementar acciones efectivas con los trabajadores de la salud, las personas afectadas y las familias para prevenir la discapacidad y promover el autocuidado
- Integrar las acciones de rehabilitación en lepra dentro de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad-RBC para otras causas de discapacidad.

## **5. FORTALECER EL TRABAJO COORDINADO ENTRE LOS GRUPOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y LOS PROGRAMAS NACIONALES DE ELIMINACIÓN DE LEPROSIS:**

- Concordancia y complementariedad de los datos del sistema de vigilancia epidemiológica y del programa
- Formulación y actualización de protocolos de vigilancia epidemiológica
- Hacer análisis periódico y sistemático de los datos para la toma de decisiones
- Hacer seguimiento a la notificación negativa

## **6. INTEGRAR LAS ACCIONES DE ELIMINACIÓN DE LA LEPROSIS EN OTRAS ESTRATEGIAS:**

- Aprovechar la expansión de la formulación e implementación de planes integrados para el control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas-EID, para incluir a la leprosis.
- Vincular a otros sectores a los planes de control y eliminación de las EID + leprosis para abordar los determinantes sociales de la salud.

## **7. PROMOVER LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS Y ACCIONES EFECTIVAS PARA LA ELIMINACIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR LEPROSIS Y SUS FAMILIAS:**

- Sensibilizar a los trabajadores de la salud y a la comunidad para la eliminación del estigma y la discriminación.
- Abogar porque se promulguen y se apliquen las leyes para eliminar el estigma y la discriminación en cumplimiento de la resolución de la Asamblea General de la ONU.
- Apoyar los movimientos sociales que aboguen por la eliminación del estigma y la discriminación.

## **7. CONTINUACIÓN: PROMOVER LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS Y ACCIONES EFECTIVAS PARA LA ELIMINACIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR LEPROSIS Y SUS FAMILIAS:**

- Establecer alianzas efectivas con socios, aliados y sector privado para promover proyectos para la generación de ingresos económicos para las personas afectadas por lepra.
- Incluir la participación de representantes de las personas afectadas por la lepra en las actividades del programa.

### **PREGUNTAS, COMENTARIOS.**

#### **DRA. MARIA VICTORIA ALVARENGA. PARAGUAY.**

En mi país se realiza la evaluación dermato – neurológica en la Hospital Mennonita.

En nuestro país se hace muy difícil hacerle valoración neurológica a un paciente en el área periférica porque nosotros no tenemos en el ministerio personal especializado para realizar la parte neurológica.

#### **DR. SANTIAGO NICHOLLS.- OPS**

La idea es encontrar mecanismos y hacerlo por niveles básicos, para que se evalúe el grado de discapacidad en los niveles de atención primaria en salud de acuerdo con las recomendaciones de la OMS y si ya hay casos que requieran una evaluación más profunda remitirlos a niveles superiores.

#### **DR. MARCOS VIRMOND – BRASIL.**

Un comentario adicional, sabemos que es difícil pero hay que hacerlo. Hay que tomar en cuenta que desde el inicio del entrenamiento del personal de salud, el examen neurológico simple es algo indivisible. No podemos hablar de separar el examen dermatológico del neurológico, después si hay problemas específicos deben ir donde el especialista.

#### **DRA. MARÍA DA GRAÇA CUNHA BRASIL**

En el momento de su alta el paciente con lepra debe ser evaluado muy bien, fundamentalmente para saber el grado que tiene y si se puede hacer algo, como prevenir.

#### **DR SANTIAGO NICHOLLS. OPS.**

Con respecto a la vigilancia epidemiológica, es importante estar seguros de que siempre que se reporten cero es porque efectivamente se está realizando vigilancia epidemiología, que se trata de un silencio operativo por ausencia de acciones de vigilancia.

## **SESION 4.- ELIMINACION DE LA ESTIGMATIZACION Y DE LA DISCRIMINACION DE LOS PACIENTES AFECTADOS POR LEPRO Y DE SUS FAMILIARES.**

**DR. SUMANA BARUA. DIRECTOR PROGRAMA MUNDIAL DE LEPRO, OMS.**

**PRESENTACION. DR. SANTIAGO NICHOLLS.**

### **LINEAMIENTOS Y AVANCES A NIVEL GLOBAL**

#### **ELIMINACIÓN DEL ESTIGMA Y DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LOS PACIENTES AFECTADOS POR LA LEPRO Y SUS FAMILIAS.**

#### **ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL ESTIGMA PÚBLICO Y EL AUTOESTIGMA**

Implementación de políticas en los trabajadores de salud sobre el estigma público, expresiones que se usan de manera denigrante a los pacientes y familiares las áreas urbanas y rurales estereotipos y autoestigma , el hecho de que sobre la cura y no más tratamiento, en qué momento se cura y que no van a recibir más tratamiento, y piensan que es una enfermedad incurable y esto no es realidad y en esto está asociado al apoyar a los movimientos sociales que ayuden en estos casos.

Utilizar a las personas afectadas por lepra para sensibilizar a la comunidad basado en el respeto de las mismas a sus familias, sensibilizar a los comités de las aldeas a través de las personas afectadas por lepra , representación de los gobiernos para que sea incorporada a los servicios de salud , trabajo normales no pueden haber lugares específicos, como hospitales, residencias o colonias, discontinuación del el de la lepra , parece algo controversial, ya que ese día puede crear conciencia social, difundir personas de éxito, que han hecho esfuerzos efectivos de personas en la lucha contra la lepra con historias importantes, para que estimulen a otras personas, y otros países, sensibilizar a las personas en todos los aspectos de la vida, sobre la lepra, profesionales de todas las especialidades, periodistas, escritores, religiosos, abogados, jueces, y representantes elegidos para que puedan conocer sobre la lepra, el estigma y la discriminación de las personas afectadas, para que ellos puedan apoyar en acciones.

Reclutar Embajadores de buena fe, para la eliminación de lepra como el Sr. Sasakawa, es Embajador de buena fe OMS, es embajador de buena fe o voluntad del Japón, eso ayuda mucho a movilizar a gobiernos, socios, y colaboradores para conseguir fondos.

Explicar muy bien al paciente por temor a ser rechazados, como vamos a examinar los contactos, hay que hacer consejería sobre el problema que establece. También el personal de salud sobre los diferentes aspectos miembros de equipos básicos de salud que el paciente no necesita más tratamiento.

El calzado como parte integral del tratamiento y que no se formen las úlceras entonces hay otras áreas que pueden ayudar en el tratamiento. Temas de atención integral, Asegurar sus derechos a las personas con lepra Los familiares que continúen con su vida normal también el status documentar toda evidencia de discriminación y sus

familias y determinar perfiles de trabajo a personas que tenga alguna discapacidad física.

Mayor involucramiento de las personas afectadas vinculación de las personas afectadas también los vínculos de muchos pacientes que padezcan discapacidad pero por posibles otras causas.

. Fortalecer los grupos los planes de trabajo estatales, identificar presupuestos en las instancias nacionales para el tratamiento adecuado de pacientes. Seguimiento, prevención.

Hay algunos documentos producidos en la OMS, principios contra las personas afectadas y sus familiares. Principios y lineamientos. Traducción no hecha en español todavía.

Se habla de personas con discapacidad deberán ser tratadas con todos los derechos humanos, a los cuales sus estados se han adherido incluidas las personas con discapacidad. A nadie puede negársele estos derechos.

Desarrollar su potencial humano y de buscar su realización plena.

Involucrarse en todos los procesos de las personas afectadas por lepra en la formulación de políticas como personas que pueden aportar.

Derechos de postularse a candidaturas, a trabajar, no negar o expulsar de colegios por padecer de lepra.

## **PERSPECTIVAS DESDE THE NIPPON FOUNDATION / SASAKAWA MEMORIAL HEALTH FOUNDATION**

**Dra. YUKO TANI.**

El Sr. Sasakawa en sus visitas que hace a los países, tiene tres objetivos, el primero reunirse con el presidente, los ministros de salud o funcionarios de alto rango, les solicita que centren su atención al problema de lepra el punto de vista médico y social. El segundo hacer visitas en el terreno, para conocer la realidad más de cerca y finalmente utilizar la mayor influencia de los medios de comunicación, quienes cubren esta situación de las personas afectadas por lepra. Él celebra entrevistas con los medios y mientras hace esto, repite que la lepra es curable, que el tratamiento es gratuito y que no hay lugar para la discriminación. Él sienta a las personas afectadas en la misma mesa, y trasmite el conocimiento de que a la lepra no hay que temerla.

Las visitas las venimos trabajando desde hace algunos años conjuntamente con la OMS, los gobiernos locales y agradecemos a los embajadores de buena voluntad.

Tenemos actividades multifacéticas que tienen 3 puntos específicos: a) la sensibilización de la comunidad, b) la abogacía y c) el empoderamiento de las personas afectadas.

El Sr. Sasakawa visitó las Naciones Unidas, el tema de la lepra fue abordado y se emite una resolución en año 2010 en la cual establece los principios y directrices para eliminar la discriminación de las personas afectadas por lepra en todos los países. Ya esta publicado, en la página web, pero para su implementación, la Nippon Foundation, desde el 2012 viene desarrollando simposios regionales en las 5 regiones. El primero fue en Brasil en Febrero del 2012 y el segundo en Octubre del año pasado en la India. Los próximos serán en Asia, Etiopia y Europa.

Tenemos colaboradores en Derechos Humanos, Universidades, Doctores, trabajadores de la salud. Dentro del plan de acción emiten propuestas en relación a las personas afectadas por lepra para que se respeten sus derechos basados en la resolución emitida por las Naciones Unidas, que se presentó a los países, En Yakarta en Enero del año 2014 vamos a obtener la aprobación de los Derechos Humanos de todos los países.

## **PERSPECTIVA DESDE DAHW**

### **ECONOMISTA ALBERTO RIVERA.**

La DAHW tiene centradas sus actividades en Asia, África y América Latina. Sabemos que la lepra está ligada a la pobreza, actualmente estamos trabajando. En 200 proyectos desarrollándose en 28 países de estos 3 continentes, en cada uno de estos proyectos se trabaja en aspectos la integración social y como hacer para que las personas afectadas sean aceptadas, por discapacidad y estigma, cuantas personas, cuantos discapacitados, tenemos para saber que tan grave es el problema. Tenemos que buscar datos específicos en algunas publicaciones, conocer datos nuevos y con la experiencia unas 450 personas atendidas por lepra cada año en Colombia, y un 10% de estas ya afectadas con discapacidad visible, existen algunos aspectos que tienen carácter de estigmatizantes, cuando el propio paciente trata de ocultar su enfermedad, pero es importante detectarlas cuando se puede ayudar con el diagnóstico, incluir al enfermo en su vida diaria cuando la familia se entera y el temor que tienen a ser contagiados, el temor de los amigos, compañeros, etc. Otros aspectos son las leyes discriminatorias que aun existen en algunos países, lo que hace que los pacientes sean rechazados.

Para avanzar en mejorar estos problemas como la discriminación social, los mitos y tabúes, hay que evitar que esto suceda, saber qué es lo que tiene y hasta donde puede afectar a su estado de ánimo su enfermedad. Comprometer en el ámbito del gobierno bajo la protección de los derechos humanos. Entonces podemos tomar

como punto de partida las leyes de cada país, la salud reconocida como derecho fundamental. Ahora luchan por sus derechos a nivel mundial este fue nuestro primer diagnóstico, en visitas con las personas identificadas. Tenemos encuentros nacionales con las personas afectadas por lepra, debemos apoyar para que tengan acceso a educación, apoyamos en que ellos mismos construyan sus viviendas, entregas de ayudas técnicas como sillas de ruedas, zapatos, etc. Esto lo logramos con otros donantes.

## EXPERIENCIA RECIENTE DE BRASIL

**DRA. ROSA.CASTALIA SOARES**

### ESTRATEGIAS PARA ELIMINAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN DE LOS PACIENTES AFECTADOS POR LEPRO Y SUS FAMILIARES

La constitucionalización de la ley de salud se produjo con la Constitución de 1988.

Salud es reconocido como uno de los derechos sociales fundamentales

Pasa a ser un derecho público, garantizado por la creación del Sistema Único de Salud (SUS).1976

La Conferencia Nacional de Evaluación de la Política de Control de la Lepra, patrocinado por el Ministerio de la Salud, celebrada en Brasilia .

Ordenanza N ° 165 del 14 de mayo de 1976, relativa a las normas de la Política de Control de la Lepra.

Reunión celebrada el 16 de septiembre de 1976, la Asamblea General de la Asociación de Leprología aprobó por unanimidad el cambio de nombre de la Asociación Brasileña de Hansenología.

Ordenanza GM 585 abril **2004**: Establece Grupo de Trabajo para Diagnóstico de antiguas colonias compuestas por miembros que representan a los sectores de gobierno y los usuarios que participan en las actividades de la lepra, o que tienen experiencia en los antiguos hospitales colonia;

2012/2013: Movilización para la creación de una Ley de beneficios para los hijos de padres con Lepra que fueron separados de sus familias.

## FIGURA # 19. AVANCES IMPORTANTES HACIA LA ELIMINACIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR LEPRO Y DE SUS FAMILIAS EN BRASIL.

### Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação



## A hanseníase no Brasil

Aproximadamente **30** preventórios, educandários que abrigavam os filhos saudáveis de pais com hanseníase, foram construídos no Brasil

**10 mil** portadores de hanseníase recebem atualmente uma indenização do governo brasileiro, no valor de dois salários mínimos mensais

**40 mil** é o número estimado de filhos desses pacientes, que agora também lutam pelo direito à indenização do Estado

Fonte: Revista Isto É, setembro de 2012

## DISCUSION GENERAL COMO AVANZAR HACIA LA ELIMINACION DE LA ESTIGMATIZACION Y DE LA DISCRIMINACION DE LOS PACIENTES AFECTADOS POR LEPRO Y DE SUS FAMILIARES EN LAS AMERICAS

COORDINAN LA DISCUSION: JIM OEHRIG Y ALBERTO RIVERA.

DRA. MARIA VICTORIA ALVARENGA. PARAGUAY

No tenemos tanto problema con la discriminación, ni discapacidad. El año pasado si tuvimos niños con discapacidad. Debemos realizar un mejor control de contactos, en base a una programación en forma estratificada y lo iniciaremos en

las zonas del Alto Paraná, con la finalidad de hacer detección temprana de casos nuevos con grado de discapacidad 2.

#### **DRA. AZALEA ESPINOZA AGUIRRE. COSTA RICA**

Quiero saber de sus experiencias sobre el manejo de pacientes que se aíslan y se dificulta el trabajo en los servicios ya que ellos se pierden.

#### **ALBERTO RIVERA.- DAHW**

Compartimos algunas experiencias de departamentos, específicamente de Santander, donde se trabaja con grupos de asociaciones, colegios locales, secretarías, instituciones locales y ayudando a disminuir el estigma social. Tenemos personas que se han empoderado del problema y ellos mismos son los que dan las charlas en los colegios.

#### **DRA. MARTHA GARCIA AVILES .MEXICO.**

Sabemos que en algunos países por el número de casos hay un grupo de ayuda mutua o auto motivación, pero en casos de auto exclusión o la auto discriminación conoces a la persona que tiene el diagnóstico. Que profesionales son con los que tengo que contar, que barreras puedo encontrar de acuerdo a la experiencia.

#### **ALBERTO. RIVERA .DAHW**

En el momento de diagnóstico, tratamos de encontrar a personas que ya han sido capacitadas por nosotros, que les den información puntual que expliquen las cosas que pueden ocurrirles si no siguen el tratamiento, las secuelas de la enfermedad. Es un proceso que no estará en corto tiempo, demorará más de 4 o 5 años.

#### **JIM, OEHRIG. USA.**

Lo que hemos concluido de experiencias concretas de varios países del mundo es la importancia del auto cuidado; ellos mismos se cuidan y forman grupos de apoyo vivenciales.

#### **HEATHER MORRIS. GUYANA.**

En Guyana el 65% de la población son blancos y el resto son negros o indios. Estos sufren discriminación, ellos escuchaban a sus esposos o abuelos, a quiénes se los discriminaba. A veces yo tengo que visitarlos pero ellos no vienen, las generaciones dicen que es un problema de maldición, o de la cultura Indio – Guyanesa.

### **JIM, OEHRIG. USA.**

El punto clave debe estar relacionado con la persona que la acompaña a usted a visitarlos. Debe ir en busca de líderes religiosos, tienen un pensamiento más avanzado, cada pueblo tiene un pensamiento distinto y eso puede ser lo que agregue valor a lo que usted quiere comunicar.

### **HIROE SOYAGIMI. JAPON.**

Tengo mucha experiencia trabajando con mujeres. Cuando comenzó el estudio del problema del Sida, la gente pensaba que había algo religioso o espiritual en ese tema. Hemos diseñado estas campañas educativas, específicamente se las imparte con las mujeres. Esto ha tenido un buen resultado. Pienso que aunque puede ser un poco más difícil cuando hablamos de los aspectos religiosos, cuando sabemos que los hombres en algunas culturas quieren controlar a las mujeres. Cuando lleguemos a las mujeres debemos hacerlo con educación y cultura para, ofrecerles apoyo y mejorar sus condiciones sociales y económicas. Yo creo en las mujeres. Yo sé que una vez que se es persistente en la educación, las mujeres van a mejorar sus condiciones de salud porque a veces en nuestras sociedades nosotros subestimamos el poder de la mujer.

La lepra en Japón es un problema presente y nosotros tenemos trece estados o departamentos donde hay más de un millón de personas afectadas por la lepra. La Fundación apoya a una asociación que está establecida desde hace algunos años, tratamos de empoderarlos, ofrecerles educación, ofrecerles ingresos, hacemos talleres por años, grupos de ayuda económica, y autoayuda que trabajan para beneficio de la sociedad.

### **DRA. FANNY VERDUGA. ECUADOR**

En cuanto a la discriminación, desde el año 2007 al 2012, tenemos pacientes con discapacidad grado 2. Estamos haciendo acciones encaminadas a la eliminar la discriminación, estamos en ese proceso y quisiera nos proporcionen orientación de que hacer en los casos de pacientes que se autoexcluyen cuando los vamos a visitar.

### **LCDA ELIZABETH QUITO. ECUADOR.**

Es importante involucrar a las mujeres en este trabajo, y participar en la búsqueda activa. En Daule en la zona del Área del Rincón, tenemos a una líder que nos apoya mucho, por ahora no tenemos niños con discapacidad, queremos trabajar en auto cuidado y discriminación, a nivel local y luego a nivel nacional.

#### **DRA. MARTHA SABOYA. OPS.**

Los compromisos de los planes de trabajo que se planteaban el día de ayer se decía, que no tenían el problema, de estigma y discriminación. La eliminación del estigma y la discriminación se debe plantear como alternativa dentro de los planes de acción de los programas, para poder afrontar este tema.

#### **JIM. OEHRIG. USA.**

Se tiene un buen recurso o metodología, hay unos componentes donde se mide en cuanto a la participación el acceso, la familia, la vida sexual, la vida religiosa, etc.. Es la escala P que pueden encontrarla en la página web de la ILEP.

#### **ALBERTO RIVERA. DAHW,**

A medida que se hacen los diagnósticos es importante definir algunas normas en los diferentes países. Por eso me puedo preguntar qué puedo hacer yo, para reducir el estigma y la discriminación de los pacientes que padecen lepra. No existen normas ni conductas, solo herramientas que se puedan replicar y que sean útiles.

### **SESION 5.- PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA DISCAPACIDAD Y REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD**

#### **EXPERIENCIA DE AMERICAN LEPROSY MISSION**

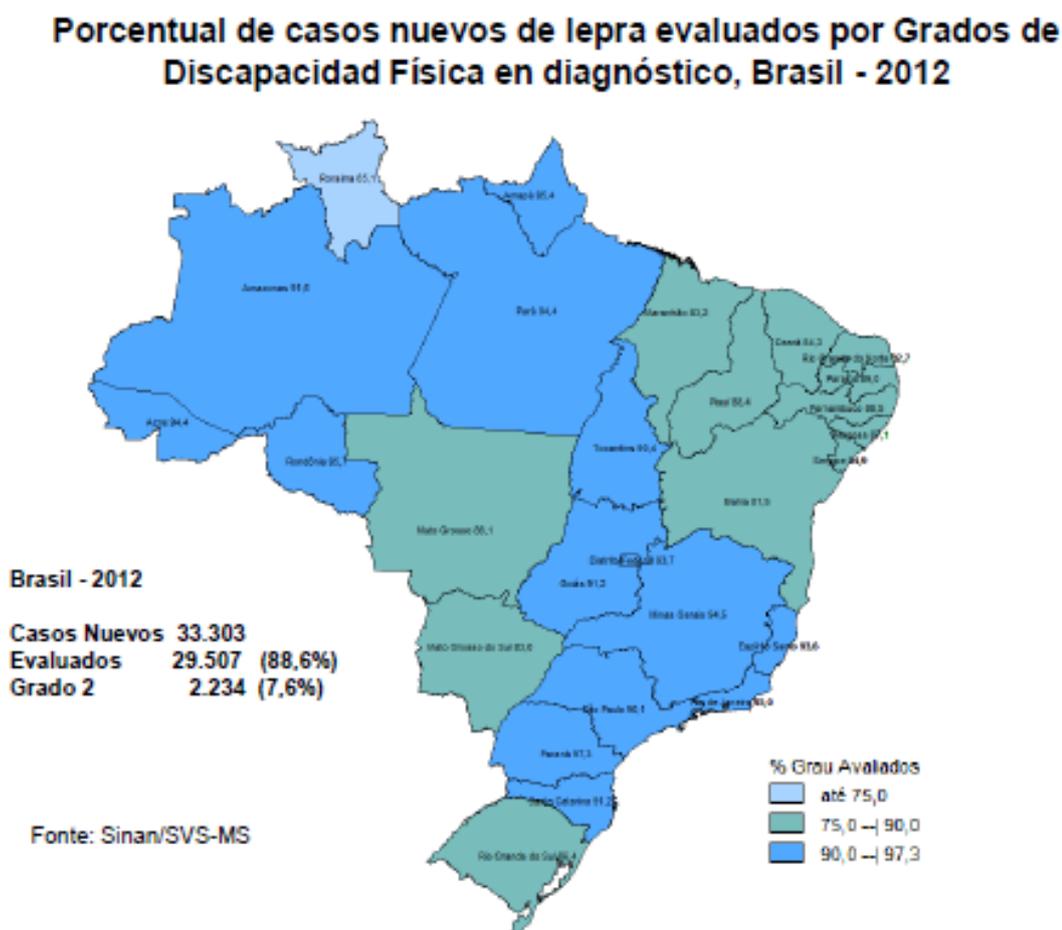
Antes de profundizar más el tema puesto aquí, quisiera mencionar algunos aspectos en América Latina. En la región de la OPS, hemos tenido una fuerte historia en cuanto al inicio de apoyo continuo, en aquel tiempo de la eliminación apoyamos a muchos grupos eclesiales, seguimos con la asistencia técnica en esta área en otros países. Esto terminó hace unos diez años aproximadamente y no tenemos más perfil en América Latina. Estamos para colaborar con la capacidad regional, quisiera compartir las experiencias de la lepra, una de un sinnúmero de enfermedades diferentes infecciosas desatendidas. En primer lugar quisiéramos fortalecer los programas de salud. En segundo lugar quisiéramos desarrollar y financiar programas para reducir los problemas de morbilidad y tercero, apoyando actividades que tienen el enfoque en como disminuir la pobreza.

## EXPERIENCIA EN BRASIL.

### DRA. ROSA CASTALIA SOARES. BRASIL

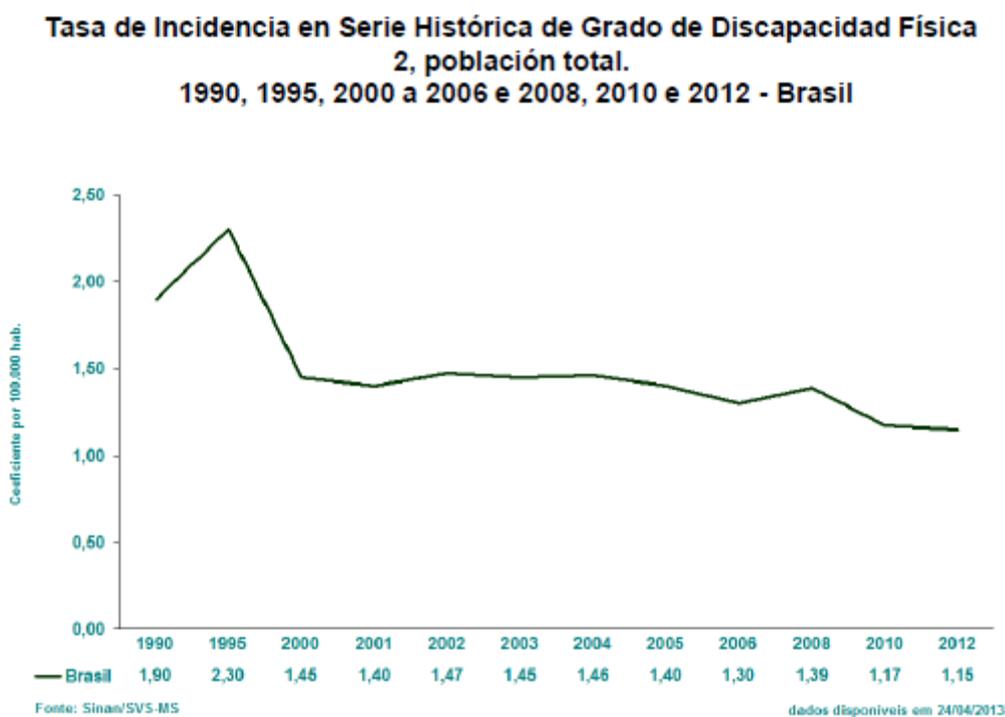
En Brasil, tenemos un buen programa de notificación como base para desarrollar nuestro trabajo. Para el año 2012 se registraron 33.303 casos nuevos, de estos fueron evaluados hasta el momento 29.507, equivalente a un 88.6% del total de casos, para ver grado de discapacidad G2 al momento del diagnóstico. Se obtuvo la cantidad de 2.234 casos nuevos que ya presentaban discapacidad G2, equivalente a un 7.6%. En el mapa # se observan los estados de color azul, que tienen el mayor porcentaje de casos evaluados y con grado de discapacidad 2, ellos representan el 90 al 97%.

**FIGURA # 20 PORCENTAJE DE CASOS NUEVOS EVALUADOS POR GRADOS DE DISCAPACIDAD, EN MOMENTO DEL DIAGNOSTICO .BRASIL – 2012.**

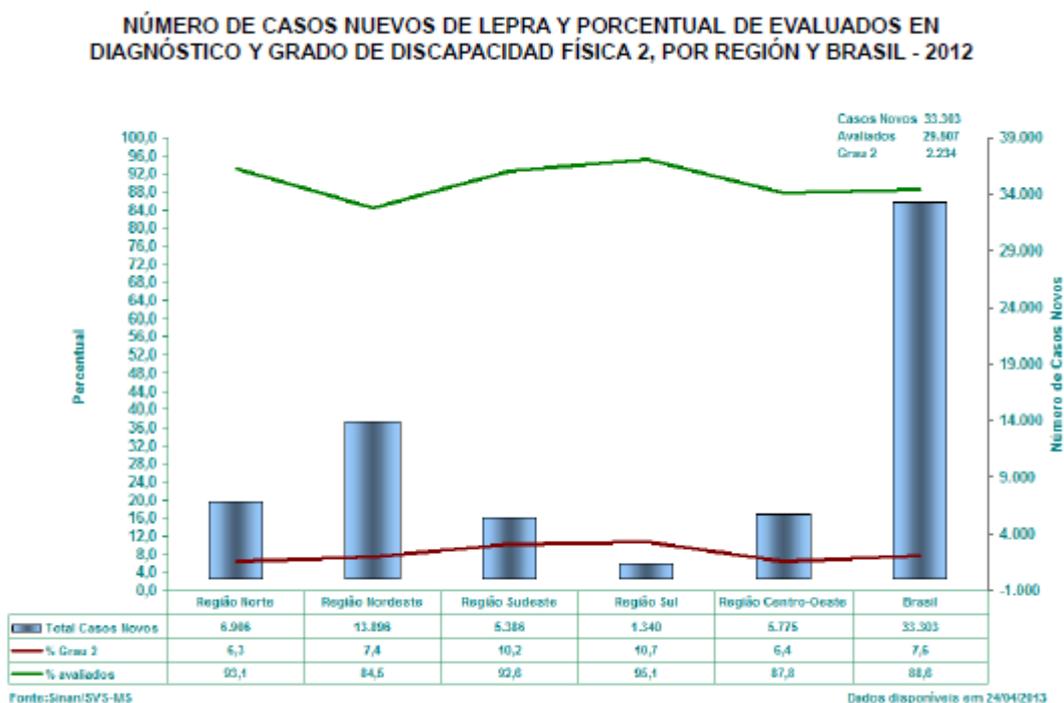




**FIGURA # 22. TASA DE INCIDENCIA DEL GRADO 2 DE DISCAPACIDAD, PRESENTE EN LA POBLACION CON LEPRO, EN LOS AÑOS 1990, 1995 - 2000 A 2006 Y 2008 - 2012.**



**FIGURA # 23. CASOS NUEVOS, PORCENTAJE DE EVALUADOS Y NUMERO DE DISCAPACITADOS CON G2.**



## **ACTIVIDADES DE PIR (PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES Y REHABILITACIÓN) 2012 – 2013**

### **Asesorías técnicas en 8 de los Estados endémicas**

- Proyecto ILEP;  
Apoyo para cursos de PIR y cirugías rehabilitadoras y en 3 Estados;
- Curso básico de lepra para la formación de multiplicadores en los estados con debilidades en la formación de profesionales de la Atención Primaria de la Salud;
- Implementación de grupos de auto-cuidado –Proyecto ILEP
- Transferencia de fondos del Ministerio de la Salud a 10 Estados para recuperación y reforma de centros para la rehabilitación y PIR (U\$ 800,000).
- Academias de la Salud en las áreas de las antiguas colonias

### **DISCUSION GENERAL.**

#### **DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS.**

Existen algunas publicaciones por parte de la OPS en relación a discapacidad, como por ejemplo la guía de apoyo para grupo de autocuidado.

#### **DR. JULIO SUMI. BOLIVIA**

Presenta un spot, en relación a las medidas de control y como diagnostico a la lepra y grado de discapacidad, están elaborados en 4 idiomas por las distintas regiones y distintas lenguas, ya que de los 9 departamentos que tiene Bolivia, en 8 hay la problemática de lepra, es un spot sencillo, fácil de entender.

#### **DRA. MARIA ALVARENGA. PARAGUAY.**

Para los pacientes con discapacidad en mi país, cuentan ellos con zapaterías ortopédicas, elaboran zapatos especiales, control de los ojos, se les controla al inicio del tratamiento, pero el 100% de las fichas tienen registro para llenar el parámetro de discapacidad. Contamos con poco personal y no sabemos si los informes que nos entregan son fidedignos, a pesar de que esa entrega tiene carácter de obligatorio al inicio y al final del tratamiento.

#### **DR. SÓCRATES CANARIO .REPUBLICA DOMINICANA.**

Se realizan trabajos de prevención, trabajos manuales, bisutería, contamos con un departamento específico para que cumpla con esta tarea.

#### **DRA. LESNY RUTH FUENTES. HONDURAS.**

En mi país, nuestros pacientes los tenemos integrados en sus propias comunidades. Hace mención de un caso especial que había sido curado, quería decirles que nosotros no hacemos nada por los pacientes que han salido del programa como curados, pero que han quedado con discapacidad. La iglesia los convoca para fin de año y les proporciona canasta familiar.

#### **DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL.**

Tenemos que dejar bien claro que lepra no significa discapacidad. Esta se produce por las secuelas de las reacciones, debemos hacer seguimiento muy próximo de los casos, brindar atención inmediata a los casos de reacciones y así evitar la discapacidad y deformidades.

#### **DRA. MARTHA GARCIA. MEXICO.**

He tomado nota del instrumento, para poder medir lo relacionado sobre la discapacidad y la parte de estigma y discriminación. En la próxima reunión que se tendrá se lo pondrá en la mesa de discusión, para tratarlo y comenzar a implementarlo a nivel local y luego a nivel nacional.

#### **DR. SANTIAGO NICHOLLS, OPS**

Tenemos que establecer alguna forma para medir la magnitud del problema del estigma y discriminación, en relación a su entorno y su propia familia, como conocerlas las actitudes de la familia, de sus amigos y de la comunidad en general.

#### **DRA. FANNY VEDUGA. ECUADOR.**

En relación a las discapacidades, hemos dado asesoría a nuestros pacientes internamos a los casos con leproreaccion, hacemos capacitación a nuestros colegas que la discapacidad se da por las reacciones. Desde el 2007 no hemos tenido casos severos de discapacidad, solo 3 casos que ya han sido diagnosticados tardíamente.

#### **LCDA. ELIZABETH QUITO. ECUADOR.**

Se da asesoría, charlas, informativas, le proporcionamos vaselina a los casos MB, y les enseñamos ejercicios prácticos y sencillos.

#### **DRA. MARIA ALVARENGA. PARAGUAY.**

Damos folletos, donde explicamos cómo tienen que tener cuidados, les damos también vaselina. Recomendando se realice una encuesta. Tenemos un 35 % de casos de lepra con discapacidad, involucramos a la parte médica, estamos trabajando con estudiantes de medicina, sociedades de dermatología, hacemos reuniones científicas, nuestros pacientes por tener diagnóstico tardío, hacen a los 3 meses de tratamiento reacciones neurales.

#### **DRA. MARTHA SABOYA. OPS.**

Casi todos los países tienen políticas de discapacidades, pero debemos realizar un trabajo, de cómo puedo yo ayudar a que a los pocos pacientes que tengan con discapacidad se les pueda brindar una atención integral. Esto debe estar dentro de los planes integrales de la lepra.

#### **DR. KUMAR SUNDARANEEDI .TRINIDAD- TOBAGO**

Tenemos 35 a 40 casos MB, es un programa vertical. Estamos trabajando en atención primaria, Los dermatólogos no están cómodos, tenemos dificultad para dispositivos ortopédicos, las principales compañías no están dispuestas a suministrar pocas cantidades.

Nuestro gobierno cree que si ya se maneja el problema de lepra a nivel primario, no se requiere tener algún nivel secundario, vamos a estar en contacto con ustedes, para ver la forma de apoyo que se pueda brindar.

### **SESION 6.- DESAFIOS EN LA REGION PARA ALCANZAR LA META DE REDUCCION DE LA DISCAPACIDAD.**

#### **CUALES SON LOS RETOS Y LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCION PARA ABORDAR LA REDUCCION DE LA DISCAPACIDAD POR LEPROSA?**

##### **PAISES GRUPO 1:**

**ARGENTINA, BOLIVIA, BRASIL, CUBA, ECUADOR, MÉXICO, PARAGUAY, REPÚBLICA DOMINICANA**

## DESAFÍOS

1. Vigilancia de la discapacidad por lepra: Mejorar el sistema de registro e información de la discapacidad por lepra.
2. Insuficiente personal capacitado en primer y segundo nivel de atención para el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y evaluación de discapacidades .
3. Falta de información educación y sensibilización de la comunidad y de la población general, con participación de las personas afectadas por lepra en áreas prioritarias .
4. Falta de educación de personal de salud y de personas afectadas por lepra en las medidas de autocuidado para prevenir la discapacidad y de su importancia .
5. Deficiencias en el diagnóstico precoz .
6. Falta de integración temprana o exclusión de personas afectadas por lepra con discapacidad a los programas sociales y a la RBC.
7. Deficiencias en el manejo adecuado de los estados reaccionales
8. Insuficiente adherencia al tratamiento – PQT.
9. Falta de documentación de casos de estigmatización y discriminación de personas afectadas por lepra y de sus familiares .

## ACCIONES

1.A) Evaluación del paciente para clasificación del riesgo de padecer

Discapacidad.

1.B) Capacitación de los actores en el sistema de registro,

fortalecimiento y equipamiento.

2.A) Estratificación de casos.

2.B) Identificación de recursos.

2.C) Formulación y ejecución de un plan de capacitación.

2. D) Producción de normas y protocolos de atención, prevención y rehabilitación de

discapacidad grado 2.

2.E) Entrenamiento en realización de examen dermatoneurológico.

3.A) Captación y organización de asociaciones de personas afectadas por lepra.

3.B) Formulación del plan de educación y sensibilización de la Comunidad.

3.C) Alianzas con autoridades y ONG's.

4.A) Entrenamiento en técnicas de prevención de discapacidad a personal de salud y al paciente con la colaboración activa de familiares y grupos de ayuda mutua.

4.B) Implementación de infraestructura y equipamiento para la rehabilitación integral, física y psicológica.

5.A) Profundizar en la investigación epidemiológica para lograr identificación y posterior seguimiento adecuado de los contactos.

5.B) Examinar oportunamente y hacer seguimiento al 100% de los contactos registrados.

6.A) Hacer un inventario de recursos institucionales que realicen

rehabilitación para establecer alianzas.

6.B) Coordinación con centros de atención integral de discapacidad.

6.C) Implementación de proyectos locales de RBC con participación Intersectorial.

7.A) Publicitar los recursos existentes.

7.B) Agilizar el sistema de derivación.

7.C) Implementación de leyes de apoyo para auto sostenimiento.

8.A) Capacitación al personal de salud para ofrecer repuestas rápidas y correctas para prevenir discapacidades.

8.B) Formulación de una guía para el diagnóstico oportuno y manejo de los estados reaccionales.

9.A) Educación, sensibilización y compromiso de pacientes y familiares.

9.B) Mejorar el seguimiento de los pacientes durante el tratamiento.

10.A) Realizar investigación operativa y estudios para conocer la presencia y magnitud de la estigmatización y discriminación.

10.B) Hacer un inventario de actores y socios potenciales que pueden apoyar.

## GRUPO 2:

COSTA RICA, HONDURAS, EL SALVADOR, GUATEMALA, NICARAGUA, PANAMÁ, PERÚ.

## DESAFIOS

1. Detección tardía de casos
2. Inadecuada evaluación y registro de la discapacidad de todos los casos.
3. Falta de entrenamiento de los equipos locales de salud y dermatólogos en la evaluación, registro y seguimiento de la discapacidad.
4. Desconocimiento de las acciones de educación para el autocuidado (equipos locales de salud, personas afectadas, familias, etc.)
5. Falta de seguimiento y atención integral a la discapacidad durante el tratamiento, al momento del egreso y en el postratamiento.
6. Dificultades en la referencia y contrarreferencia a servicios de rehabilitación integral.
7. Inadecuada identificación, atención y seguimiento de las reacciones.

## ACCIONES

1. Incrementar la capacitación de los equipos locales de salud y dermatólogos para hacer detección temprana de casos.
2. Formular, actualizar e implementar las guías de evaluación, registro y manejo integral de la discapacidad (incluyendo la disponibilidad de la ficha para el registro).
3. Monitorear la evaluación y registro del grado de discapacidad en los servicios de salud (en los países con menos de 100 casos nuevos por año se propone que se solicite la ficha de evaluación de la discapacidad junto con la ficha del caso desde el programa nacional).
4. Promover que en la consulta mensual para supervisión de la primer dosis se haga una atención integral.
5. Capacitar en la identificación y manejo adecuado de reacciones, incluyendo la disponibilidad de medicamentos para el manejo.
6. Promover acciones de autoexamen y autoreporte con las familias de los casos para aumentar la detección temprana en contactos.
7. Capacitar a los equipos de salud locales y las personas afectadas para implementar acciones de autocuidado.

8. Promover la inclusión de las acciones de rehabilitación y atención de la discapacidad para lepra en las leyes e iniciativas nacionales de discapacidad.

## **DISCUSIÓN**

### **DRA. MARTHA SABOYA. OPS**

Se tiene que diferenciar 2 cosas, tenemos 2 momentos de discapacidad; 1. Para 2015 la meta es reducir la discapacidad en los casos nuevos, en un 35% relación a la línea de base de 2010; 2. Para el 2020 la meta es reducir la tasa de detección de casos nuevos discapacidad grado 2 a menos de un 1 caso por 1 millón de habitantes.

### **ECONOMISTA. ALBERTO RIVERA. DAHW.**

En relación a la discapacidad es la que más nos preocupa. En Colombia estamos en un 6 o 7 %, para poder tratar debemos conocer el problema, habría que considerar esto, cual es la tasa de discapacidad existente.

### **DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL**

Una vez detectado el caso, tenemos que hacerle seguimiento de su tratamiento y el diagnóstico precoz es cada vez más importante.

### **DRA. MARTHA SABOYA. OPS**

Me hago una pregunta, la evaluación de la discapacidad debe ser al inicio y después cuantas veces debe ser evaluado, mientras dura su tratamiento.

### **DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL.**

Aquel enfermo que tenga ya leproreacciones en el momento de su diagnóstico de lepra, debe ser evaluado más seguido durante su tratamiento, en algunos casos ya presentan lesión neural y se tiene que realizar descompresión neural, pero lo recomendable en estos casos es el control al inicio del tratamiento, a los 3 meses y al final del tratamiento.

#### **DRA. ROSA CASTALIA SOARES .BRASIL.**

En las normas del programa de lepra en Brasil, está contemplada la evaluación al paciente que sea diagnosticado como caso nuevo y presenta ya discapacidad, al inicio del tratamiento y al final del mismo.

#### **DR.EDUARDO FALCONI. PERU.**

Los países tienen sus propias realidades, países con menos de 100 pacientes y países con más de 100 pacientes, son distintas, en Perú se evalúa en cada dosis que recibe de sus 12 blíster, la secuencia de las consultas va a depender de la evolución que tenga el paciente, para evitar que los pacientes después de su tratamiento hagan estado de leproreacciones, hacen consultas hasta después de un año de terminado el tratamiento.

#### **DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL.**

Lo que indica la Dra. María da Graca, es lo correcto, debe ir de la mano con la situación epidemiológica. Al inicio y al final del tratamiento hacer evaluación a nuestro paciente, se debe usar todas las herramientas, y determinar su función neural, se debe tener personal preparado que haga los test de su fuerza motora. Hay casos MB, lepromatosos que no han tenido discapacidad grado 2, mas allá de una pérdida de sensibilidad, discreta, nada de desfiguramiento ni estigma, esa es la gran diferencia morfológica.

#### **DRA. MARIA ALVARENGA. PARAGUAY**

En Paraguay los casos nuevos diagnosticados como casos nuevos, de discapacidad severa son diagnósticos tardíos. Son pacientes que tienen su enfermedad durante 10 o 20 años, no son por leproreacciones, o pacientes que van al hospital Mennonita que está en el Km 81. Hacemos la evaluación y la clasificación de discapacidad al comienzo y al final del tratamiento, como lo hace Brasil.

#### **LDA. ELIZABETH QUITO. ECUADOR.**

En los casos PB y MB, de que manera nosotros podríamos establecer algún documento, o formulario para darles a conocer a nuestros médicos de las unidades, con el fin de que hagan un seguimiento y control de estos casos de discapacidad.

#### **EC. ALBERTO RIVERA. DAHW.**

Existe una ficha de evaluación morfológica, post tratamiento, puede usarse la que está en la guía de la ILEP, que es buena.

## **SESION ESPECIAL: POSICION DE OMS SOBRE EL USO DE LA TALIDOMIDA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS REACCIONES LEPROTICAS.**

### **USO DE TALIDOMIDA**

#### **DR. SANTIAGO NICHOLL. OPS.**

Recomendación de la OMS, en el uso del thalidomide para el tratamiento de las reacciones de la lepra .

Comité de Expertos de la OMS sobre la lepra, octavo informe, Serie técnica No. 968, 2010 del informe del WHO

Se establece lectura textual del documento:

Su uso se restringe para los casos de reacción tipo 2 en ENL, debido a sus efectos teratogénicos.

Por sus efectos teratogénicos, existen restricciones para su importación en algunos países.

La OMS recomienda sea usada, bajo estricta supervisión en centro de referencias especializados, y asegurar que hay una adecuada educación para el paciente y su familia.

Para los casos graves de leproreacciones tipo ENL puede usarse clofazimina sola o en combinación con corticoides.

### **COMENTARIOS.**

#### **LCDA. ELIZABETH QUITO. ECUADOR.**

En el programa de lepra del Ecuador, está establecido el uso de la talidomida, en los casos de ENL. Antes no teníamos acceso, pero nosotros alguna vez conseguimos algunas dosis de Alemania desde la ILEP, que nos la proporcionó. Si hay la posibilidad de conseguirla, la utilizaríamos con mucho control.

#### **DR. JULIO SUMI. BOLIVIA**

Sabemos que por su efecto teratogénico, en Bolivia, el que vaya a recibir debe firmar un consentimiento informado, y con mayor énfasis a las mujeres explicándole sus consecuencias. Debe ser conocido por los médicos su uso y sus limitaciones y que ellos sepan explicárselas a sus pacientes.

#### **DRA. MARIA ALVARENGA. PARAGUAY.**

En Paraguay tenemos reacciones tipo 2. En un 80 % de los casos, usamos la talidomida principalmente en el sexo masculino. Para el sexo femenino está restringido su uso y tenemos poco casos de leproreaccion. Sabemos que con su uso en los casos de reacción tipo 2, en un día se resuelve su problema. La ventaja es que la talidomida no se la expende libremente porque solo la maneja el ministerio de salud.

#### **DRA. RAISA RUMBAUT. CUBA.**

El programa de lepra, la usa de manera controlada, de acuerdo con la solicitud. Su uso es entre uno o 2 pacientes, en el leprosorio hay pacientes dependientes de talidomida.

Hay comentarios de diversas partes del mundo, incluso ha habido problemas de su uso, sería bueno saber cómo están las estadísticas en Brasil.

#### **DR. EDUARDO FALCONI. PERU.**

Nosotros tenemos casos de reacción tipo 1 uno y tipo 2, usamos prednisona, usted propone el uso de la clofazimina, pero nosotros no la tenemos a la disposición para su uso en los casos de leproreacciones.

#### **DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS.**

La clofazimina para manejo de reacciones también puede ser solicitada en donación a la OMS. Es lo que por ejemplo realiza Brasil. Simplemente se agrega esto en la solicitud de donación de PQT, para los casos de leproreacciones.

#### **DRA. ROSA CASTALIA SOARES. BRASIL.**

A través del programa nacional de lepra se hace la solicitud correspondiente de clofazimina, se le pide a la OMS y ellos nos envían.

#### **DRA. MARIA DA GRACA CUNHA. BRASIL.**

En Brasil tenemos casi en un 70 % los pacientes con reacciones son de sexo masculino. Con el uso de clofazimina a dosis de 300mg, después de una semana se reducen las lesiones

#### **DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL.**

Es inaceptable que en los casos de ENL incontrolado no se use la talidomida. Es una droga, preciosa aunque peligrosa. Su uso deber corto.

#### **DRA. ROSA.CASTALIA SOARES. BRASIL**

En Brasil, tenemos una fuerte asociación de personas víctimas de talidomida, ellos están en contra de su uso. Sabemos que es complicado para los médicos, nosotros hacemos vigilancia, en todos los pacientes que están tomando talidomida. Nosotros tenemos demostrado un trabajo en el uso controlado de la talidomida, está disponible un trabajo publicado, podemos incluir para que ustedes tengan conocimiento.

#### **DR. EDUARDO FALCONI . PERU.**

Pregunto a Dra. María da Graca Cunha, el ENL lo podemos tener antes, en y después del tratamiento; que debemos hacer con un paciente que ya concluyó su tratamiento, y posterior a esto ha hecho un ENL y ya tiene un año, que le podemos aplicar?

#### **DRA. MARIA DA GRACA CUNHA. BRASIL.**

Dentro de nuestra experiencia podemos pensar en ese caso es más probable una reacción reversa, es menos común que ese paciente tenga un ENL. Tenemos estudios, que se demuestran demora de tiempo de su curación, 2, 3 y hasta 4 años.

### **DIA # 4. CENTROS COLABORADORES DE OMS, VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LA PQT Y NECESIDADES Y PRIORIDADES DE INVESTIGACION EN LEPROSIA.**

#### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL DIA ANTERIOR (ELIMINACION DE LA ESTIGMATIZACION Y DE LA DISCRIMINACION, PREVENCION Y REDUCCION**

#### **ELIMINACIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN**

1. Conformar grupos de autocuidado y asociaciones de personas afectadas por lepra con acompañamiento continuo de las organizaciones y socios que tienen experiencia.
2. Identificar líderes o personas clave en las comunidades para abrir canales de comunicación en torno a la lepra y reducir barreras.
3. Promover políticas y proyectos para reinserción de los afectados por lepra a la vida social y productiva.
4. Usar herramientas para documentar el alcance del problema del estigma y discriminación, y definir claramente las alternativas de solución.

5. El empoderamiento de las personas afectadas es mejor cuando ellas sienten que contribuyen a mejorar la sociedad y no solo su propia condición.
6. Los programas nacionales de lepra deben incluir la eliminación del estigma y la discriminación en las agendas política y de salud pública.
7. Los programas nacionales de lepra pueden usar las herramientas desarrolladas por socios y países para monitorear el estigma y la discriminación en personas afectadas por lepra (por eje. Escala P).

## **REDUCCIÓN DE LA DISCAPACIDAD POR LEPROSIA**

1. Hacer detección temprana de casos e investigación y seguimiento de contactos.
2. Vigilar, detectar, manejar y seguir adecuadamente las reacciones que son la causa de discapacidad en lepra.
3. Hacer seguimiento del indicador de evaluación de la discapacidad en el momento del diagnóstico para monitorear adecuadamente el progreso de los países hacia la meta.
4. Hacer evaluación de la discapacidad al menos al momento del diagnóstico y en el egreso. Evaluaciones adicionales pueden hacerse durante el tratamiento y en el postratamiento de acuerdo con la necesidad y recursos disponibles.
5. Integrar el manejo de la discapacidad por lepra en los programas de manejo de discapacidad por otras enfermedades.
6. Educar a los equipos locales de salud, las personas afectadas y sus familias en la importancia y aplicación de medidas de autocuidado para prevenir la discapacidad.
7. Capacitar a los equipos locales de salud en la evaluación de la discapacidad al momento del diagnóstico, y en los criterios de referencia y contrarreferencia para la evaluación especializada del daño neural.
8. Los países pueden acceder a las donaciones de clofazimina de la OMS para el manejo de reacciones.
9. Los Programas nacionales deben establecer en sus normas claramente las indicaciones y condiciones del uso de talidomida siguiendo las recomendaciones de OMS.

## **SESION 7 .-**

### **CENTRO DE COLABORADORES DE OMS PARA LA ELIMINACION DE LA LEPRO EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE.**

### **PAPEL DE LOS CENTROS COLABORADORES DE OMS EN APOYO AL PROGRAMA REGIONAL Y A LOS PROGRAMAS NACIONALES DE ELIMINACION DE LA LEPRO EN LAS AMERICAS**

### **INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA: ACTIVIDADES DE ASISTENCIA, INVESTIGACION Y CAPACITACION, POSIBILIDADES DE APOYO AL PROGRAMA REGIONAL Y A LOS PROGRAMAS NACIONALES DE ELIMINACION DE LEPRO.**

## **INTRODUCCIÓN**

### **DR. SANTIAGO NICHOLLS, OPS.USA**

Hace una breve reseña de los centros de colaboración, cual es su organización, cuales sus funciones técnicas y de las actividades que cumplen dichos centros, como son las designaciones y el periodo de tiempo que deben cumplir en sus misiones, para la Región de las Américas, menciona que existen 2 centros de colaboración que son :

### **INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA (ILSL), BAURU, SÃO PAULO, BRASIL**

### **DA MATTA DE FUNDAÇÃO DE DERMATOLOGIA TROPICAL E VENEREOLOGIA "ALFREDO" (FUAM), MANAUS, AMAZONAS, BRASIL**

### **PAPEL DEL CENTRO COLABORADOR ILSL**

### **DR. MARCOS VIRMOND. DIRECTOR DE ILSL**

El Instituto Lauro de Souza Lima, es un Centro de atención e investigación desde el año de 1933. Brinda asistencia a los pacientes afectados por lepra, realiza trabajo de investigación y las diferentes capacitaciones que realizan durante el año se basan en una programación, a médicos en la especialidad de dermatología. Cuenta con diferentes espacios para dar tratamiento integral a los pacientes, áreas de dermatología general, cirugía dermatológica, oftalmología, neurofisiología, rehabilitación física. Dicha entidad presta servicios dentro de la red de salud en el país como ente terciario de dermatología. Es un centro de referencia y contrareferencia estatal en atención en lepra.

Cuenta con 30 profesionales en atención dermatológica y actúa como centro colaborador de la OPS / OMS, para entrenamiento a personal en el control de la lepra. Da resolución a casos complejos de pacientes con lepra derivados de todo el país.

Participan colaborando dentro y fuera del país, como consultores nacionales e internacionales y que le solicitan asesoría técnica en lepra.

### **FIGURA # 23 AREAS DE CONSULTA AMBULATORIA DERMATOLÓGICA Y CIRUGÍA, EN EL ILSL**



**FUNDACION DE DERMATOLOGIA Y VENEREOLOGIA ALFREDO DA MATTA (FUAM) ACTIVIDADES DE ASISTENCIA, INVESTIGACION Y CAPACITACION.POSIBILIDADES DE APOYO AL PROGRAMA REGIONAL Y A LOS PROGRAMAS NACIONALES DE ELIMINACION DE LA LEPROA.**

**DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL**

FIGURA # 24. SERVIÇOS DE ATENÇÃO DE LA FUAM

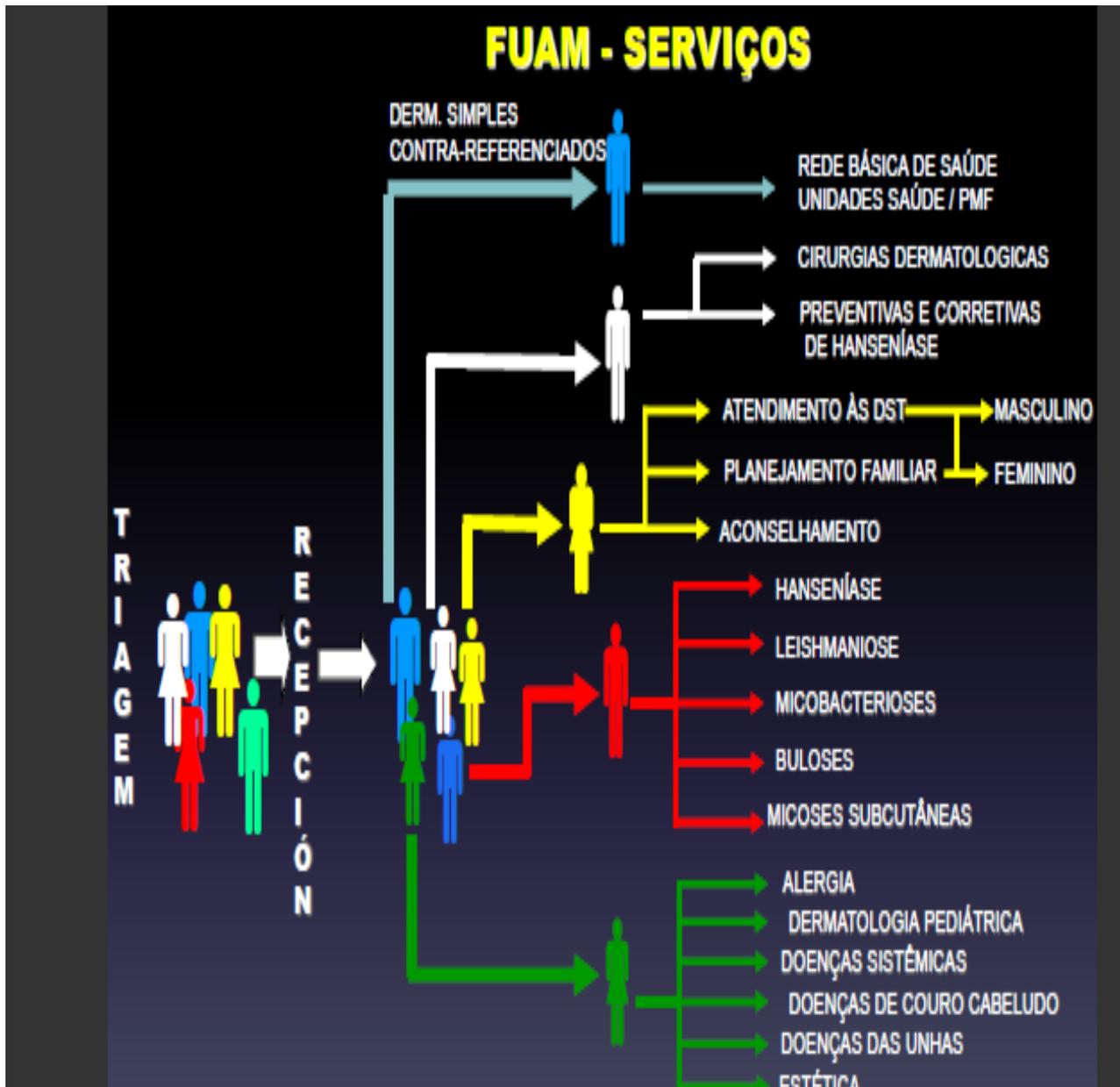


FIGURA # 25. DIFERENTES ACTIVIDADES QUE CUMPLE LA FUAM

## ATIVIDADES

- ✓ Atendimento ambulatorial em Dermatologia, principalmente Hanseníase, Câncer de pele y DST
- ✓ Capacitacion local, nacional e internacional para profissionais em Dermatologia, Hanseníase e DST; Residência Médica em Dermatologia
- ✓ Investigacion clínica, laboratorial, operativa y epidemiológica, validacion de testes laboratoriais
- ✓ Telessaúde: teleconsulta de segunda



La historia de este servicio data desde hace 58 años, es decir desde el año 1955, como antiguo dispensario para atención a pacientes con lepra. Posteriormente en el año 1979, se integra con la especialidad de dermatología y asume coordinación de acciones del control de lepra en el Amazonas. Ya para el año 1982 es considerado como un centro de referencia en el Amazonas de enfermedades de dermatología tropical y de transmisión sexual. Para el año 1992 es ya un centro de referencia nacional de lepra y Enfermedades de transmisión sexual. A es a partir del año 1998 la OMS lo considera como un centro colaborador en el control, capacitación e investigación en lepra.

Las actividades que realiza la FUAN incluyen la atención ambulatoria en dermatología general y especial de lepra, cáncer de piel y enfermedades de transmisión sexual; capacitación local, nacional e internacional para profesionales en dermatología, investigación clínica, operativa y epidemiológica; validación y control de calidad de exámenes de laboratorio. Además cuenta con un nuevo sistema de capacitación a través de telesalud y teleconsulta para una segunda opinión. Realiza investigación y cuenta con un servicio de cirugía reparadora de ojos, manos y pies, que aplica modernos procedimientos quirúrgicos dermatológicos

### **MESA REDONDA: NECESIDADES DE LOS PROGRAMAS NACIONALES DE ELIMINACION DE LEPRO Y POSIBILIDADES DE APOYO POR PARTE DE LOS CENTROS COLABORADORES DE OMS A TRAVES DEL PROGRAMA REGIONAL DE LEPRO DE OPS.**

#### **ACUERDOS Y COMPROMISOS.**

#### **DR. EDUARDO FALCONI .PERÚ**

En esta reunión la participación de Dra. María da Graça y del Dr. Virmond, han despejado dudas de cómo debe ser el manejo de un paciente con lepra, que a veces es el responsable de su problema. Las normas dicen una cosa y hay que cumplirlas. Existe la duda de cuánto tiempo van a recibir su tratamiento los pacientes MB 12 meses o 24 meses. Posiblemente se podría manejar dicho esquema de 12 meses si tiene menos de 4 cruces en su carga bacilar, y si tiene más de 4 cruces darle 24 meses y 6 meses para los casos PB, de acuerdo con la experiencia de Brasil,

#### **DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL.**

En general, la recomendación está dada por las guías de la OMS, los casos que tienen una carga bacilar muy alta 4, 5 o 6 cruces recomendamos darle 24 meses. Nuestra experiencia es de pacientes que han tenido poca carga bacilar y sin embargo, después de algunos años recidivaron su proceso, y casos que han tenido una carga bacilar muy alta y no recidivaron.

#### **DRA. FANNY VERDUGA. ECUADOR**

Como sabemos si estamos frente a pacientes con bacilos resistentes o persistentes ya que nosotros no contamos con tecnología apropiada, cual sería nuestra conducta.

#### **DR. SANTIAGO NICHOLLS, OPS.**

Queda pendiente esta pregunta, ya que vamos a tener una sesión sobre vigilancia de la resistencia.

#### **DRA. FANNY VERDUGA. ECUADOR.**

Cuales serian los requisitos para enviar a uno de nuestros profesionales, para que reciba capacitación en uno de estos centros.

**DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL.**

Estamos completamente abiertos, todo depende de demanda existente, no hay problema, en relación a capacitación en biología molecular, esto es muy compleja, mas tarde podremos tratar todas estas inquietudes.

**DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL.**

No tenemos ninguna limitación para acceder a los cursos, somos una institución abierta, nos gusta compartir nuestros conocimientos. Es posible que si van 2 o 3 personas, será incluida en los cursos regulares programados que damos en el año, es nuestra obligación con ustedes compartir toda nuestra experiencia.

**DR. GERARDO DELGADO NICARAGUA**

Tenemos un solo microscopista desde 1974. Para nosotros el diagnóstico de la lepra, sería bueno que aprovechar para realizar un taller con 10 o 15 microscopistas en Nicaragua. Ustedes envían a un microscopista experto de cualquiera de estos 2 centros de capacitación existentes en Brasil, y nosotros tenemos los laboratorios por una semana. Otra petición podría ser capacitación a dermatólogos, tenemos una dermatóloga que recibió entrenamiento en Cuba y el nos viene apoyando en diagnóstico clínico. Ahora estamos incrementando el número de casos, pido para que sea capacitada esta doctora.

**DRA. AZALEA ESPINOZA. COSTA RICA.**

Nos hace falta capacitación en laboratorio, y capacitación en lepra para nuestros médicos, nuestro país no cuenta con recursos para que reciban este tipo de capacitaciones. Cada dermatólogo de cada hospital se hace cargo del manejo de lepra. En el área de rehabilitación tenemos a una persona a quien le hace falta capacitación. No tiene experiencia.

**DR. SANTIAGO NICHOLLS, OPS**

Es importante saber cuáles son sus necesidades y es posible que OPS podría asumir algunas de estas solicitudes. Todas no porque no hay los recursos suficientes. Se pueden considerar posibilidades de apoyo, inclusive se podría pensar en enviar a un experto de Brasil, para que participen en los talleres de sus países.

**DRA. MARTHA SABOYA. OPS.**

Cada país debe saber cuáles son sus necesidades de capacitación, las necesidades son diferentes, y el compromiso de nosotros es de apoyar a los programas nacionales. Otra modalidad como alternativa de los países es hacer capacitaciones en cascada. Se debe establecer una línea de trabajo puntual desde el programa nacional. Las capacitaciones deben responder a la necesidad nacional.

**DRA. MARTHA GARCIA.MEXICO.**

Solicito a la OPS, el apoyo para capacitación en los nuevos formatos, ya que a medida que pasa el tiempo se van presentando casos nuevos. Otra capacitación será a los formadores de recursos humanos.

**DRA. MARIA ALVARENGA. PARAGUAY.**

Requerimos apoyo para capacitar a especialistas dermatólogos, ya que en algunas cosas aceptan en otras no las normas de la OPS. Podríamos hacer un taller nacional en mi país y que vayan los expertos de Brasil, como máximo una semana. Capacitaciones hacemos todo el año en mi país, a nuestro personal para hacer la parte de salud pública, diagnóstico temprano, pero nos serviría el tratar cosas

finas o aspectos en los cuales los dermatólogos no aceptan. Empezar por la clínica, resistencia a los medicamentos, rehabilitación.

#### **DRA. LESNY RUTH FUENTES. HONDURAS.**

Nosotros tenemos fuerte debilidad, deseo formar equipos multidisciplinarios, hemos invitado a fisiatras, hablado con docentes de posgrado. Sería bueno nos apoyen en una capacitación a clínicos y dermatólogos, y formadores de recursos humanos, a patólogos, que no tienen mucha experiencia en lepra. Tenemos mucho interés en la parte de laboratorio, queremos evitar problemas graves que se nos presenten y no tener una buena respuesta, no tener un equipo multidisciplinario preparado.

#### **DR. GERARDO DELGADO. NICARAGUA.**

Hemos tenido asesoría de la OPS a través de la Dra. Celsa Samson. Fuimos a hacer una visita centro nacional de Dermatología, por un desorden que había en ese momento en cuano a la notificación de los casos. Ella les habló de lepra. El 90 o 95 % de dermatólogos se dedican a otro tipo de patologías dermatológicas, no a los problemas dermatológicos de salud pública, ni a la atención de pacientes de escasos recursos. Hemos tenido contacto con una Dra. que está atendiendo. Se ha logrado diagnosticar más casos. Pido se capacite a la Dra. que viene colaborando con nosotros en el programa, para que vaya a Brasil o a cualquier otro sitio, para estimularla y comprometerla aún más.

#### **DR. R.M. SINGH BARBADOS**

Basado en los hechos que se han observado en estos 2 días, solicito apoyo a la OPS, para capacitación a los directores de los programas y médicos que están manejando los casos en la zona periférica en mi país. Ustedes saben vivimos del turismo, en Barbados si solo se presenta un caso, vamos a tener una tasa muy alta, hay un curso de 3 años en la India, algunas organizaciones nos pueden ayudar.

#### **DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL**

Mientras la lepra continúe existiendo, es recurrente la necesidad de entrenamiento, a diferentes especialistas. Estamos con una prevalencia alta en algunos países.

#### **DRA. KETURAH MAHALIA WENDY EDWIN – TOBIAS .SANTA LUCIA,**

Creo que nuestro país también necesita apoyo para los médicos y enfermeras. Veo que la mayoría de los centros están en Brasil, puede ser que algunos centros pueden ir a nuestro país y capacitar a algunos médicos de los distintos países del Caribe, que hablen en ingles. Necesitamos enfoque principal para los casos de prevención de discapacidades.

#### **DRA. CECILIA DE ARANGO.PANAMÁ**

Tenemos áreas determinadas en diferentes puntos y creo que debemos capacitar a 3 o más personas para tener un personal con calidad. Debería ser no solo a médicos dermatólogos, sino también a médicos generales, laboratoristas, enfermeras y personal de voluntarios que también nos colaboran.

#### **DRA. MARTHA SABOYA.OPS**

Así como se ha solicitado capacitaciones para dermatólogos, creo que se debe establecer cuáles equipos locales deben priorizarse para ser capacitados, y luego establecer una evaluación externa del trabajo de laboratorio. Los países deben

elaborar y hacer llegar sus planes de trabajo de capacitación, para los próximos 2 años.

**DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS**

Debe hacerse el envío lo más pronto posible, de su plan de trabajo hasta finales del mes de septiembre, como plazo prudencial, para hacer la consolidación de las necesidades de todos los países de la región. Puede ser a través de correo electrónico.

**DR. KUMAR SUNDARANEEDI . TRINIDAD Y TOBAGO**

Me gustaron mucho las presentaciones de la Dra. María da Graca y del Dr. Virmond, fueron muy informativas. Yo no he estado trabajando con pacientes por mucho tiempo. Al llegar a mi país debo hacer la programación y en ella solicitar Talidomida para los pacientes, ya que hay mucho abuso en el uso de corticoides. Se auto medican, ellos compran en la farmacia, no necesitan receta. La OPS no va a proveer Talidomida.

**DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS**

Absolutamente no, nosotros no la proveemos. La recomendación está bien clara para su uso específico, en casos de ENL. Somos conscientes del problema que puede ocasionar. Hay otras alternativas. La OPS no la provee porque es muy riesgosa. Nosotros debemos prevenir problemas severos que puede producir la Talidomida.

**DR. KUMAR SUNDARANEEDI . TRINIDAD Y TOBAGO.**

Necesitamos entrenamiento por lo menos 2 semanas, a médicos dermatólogos jóvenes, médicos generales e internistas, y quizá Brasil sea el país más adecuado para entrenarlos.

**DR. JULIO SUMI. BOLIVIA.**

Me gustaría solicitar capacitación para médicos generales y laboratoristas en PCR para lepra

**DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL.**

El diagnóstico de lepra, para mí es clínico, el PCR es una tecnología muy cara, se puede dejar para situaciones muy avanzadas o específicas.

**DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL**

De acuerdo con el criterio del Dr. Virmond. La PCR debe ser utilizado para casos especiales como presencia de formas neurales puras, se debe en primer lugar realizar examen clínico y baciloscópico. Su utilidad principal es en estudios de investigación.

**SESION 8.-**

**VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA POLIQUIMIOTERAPIA.**

**PROGRAMA MUNDIAL DE VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA POLIQUIMIOTERAPIA Y SITUACION ACTUAL.**

**DR. SANTIAGO NICHOLLS. USA.**

El programa está establecido desde 2005 y participan 17 países del mundo. Tokio es responsable del control de calidad. La próxima reunión anual se realizará los días 19 y 20 de noviembre del presente año en Cebu, Filipinas. Brasil ha propuesto ser sede para el próximo año.

**FIGURA # 26. PAÍSES QUE PARTICIPAN EN LA VIGILANCIA DE RESISTENCIA.**

## Participating 17 countries

WHO Region	Countries
African Region	Benin Burkina Faso Madagascar Mali Mozambique Niger
Region of the Americas	Brazil Colombia
Eastern Mediterranean	Pakistan Yemen
South-East Asia Region	India Myanmar Nepal Indonesia
Western Pacific Region	China Philippines Vietnam

**FIGURA # 27.CENTROS DE REFERENCIA (LABORATORIOS), DE 10 PAÍSES QUE PARTICIPAN EN LA VIGILANCIA DE RESISTENCIA.**

### Participating 10 reference laboratories

S. No.	City	Country
1	Agra	India
2	Baton Rouge	USA
3	Colorado	USA
4	Delhi	India
5	Hyderabad	India
6	Lausanne	Switzerland
7	Paris	France
8	Rio de Janeiro	Brazil
9	Seoul	South Korea
10	Tokyo (also responsible for quality control)	Japan

La sospecha de resistencia se da en los pacientes que pueden tener bacilos persistentes y recidivas claramente documentadas, en quienes puede demostrarse que sus tratamientos anteriores fueron completos.

Existe una tendencia de recidivas al aumento en los últimos 2 años. Brasil está dentro de los principales países con reporte de 1709 casos el año pasado.

FIGURA # 28 PAÍSES QUE REPORTAN CASOS DE RESISTENCIA, AÑO 2012

## Main countries reporting relapse cases for 2012\*

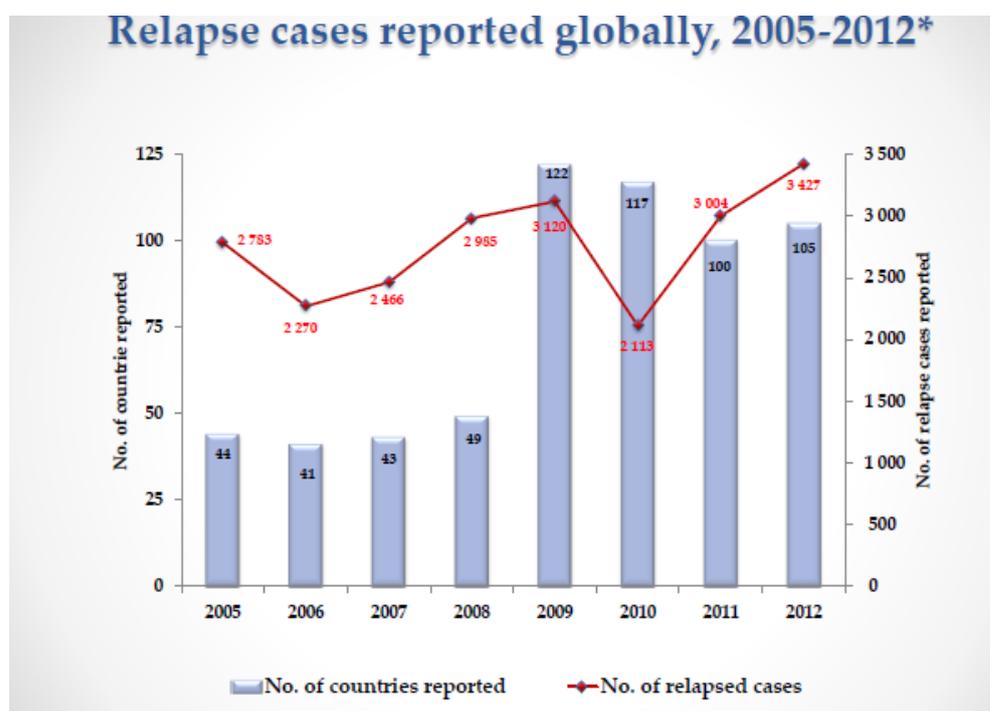
S.No	Country	No. of relapse cases reported for 2012*
1	Brazil	1 709
2	India	697
3	Ethiopia	194
4	Indonesia	194
5	China	84
6	Tanzania	70
7	Philippines	65

Si bien es cierto que la prevalencia ha sido reducida por la inclusión de la quimioterapia, sin embargo la persistencia de casos esporádicos de resistencia se

presenta como una amenaza para el control de esta y de otras enfermedades infecciosas como tuberculosis, por el uso de la rifampicina dentro de sus esquemas.

**FIGURA # 29. CASOS DE RESISTENCIA REPORTADOS, A NIVEL MUNDIAL.**

**2005-2012**



Los métodos que se utilizan para saber si hay o no resistencia, son insuficientes, ya que se evalúa la susceptibilidad de la droga utilizada y el nivel de resistencia de la droga asignada. Desde hace 10 años se vienen desarrollando metodologías de biología molecular.

Se establecen 2 clases de posibles resistencias primaria o secundaria. En todos los posibles casos se tiene que documentar bien los historiales clínicos de tomas de droga, para que se pueda tener evidencia de que se trata de una verdadera resistencia. Se debe expandir esta red en países endémicos, para mantener una vigilancia, aspecto fundamental para impedir la resistencia.

Hay que manejar con mucha cautela la situación de la resistencia a los medicamentos, para evitar errores muy serios como los ocurridos en el caso de la Tuberculosis. Se debe mantener la vigilancia como base fundamental e impedir la diseminación de la resistencia.

La OMS, mantiene un sistema centinela para vigilar la aparición de una supuesta resistencia primaria o secundaria a los medicamentos anti-leproso, pese a que la

lepra es una enfermedad crónica y con aplicación de pocas drogas para su tratamiento.

No se debe pensar en resistencia de inmediato. SE debe considerar la secuencia de la enfermedad, el tratamiento recibido, las leproreacciones y recaídas, antes de pensar en posible resistencia. También se debe descartar una reacción.

## **VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LOS MEDICAMENTOS EN BRASIL**

### **MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL**

### **RESISTENCIA MEDICAMENTOSA EN LEPROSIS EN BRASIL**

**DRA. ROSA CASTALIA SOARES.**

## **PRESUPUESTOS**

-La aparición de la resistencia a las drogas es motivo de preocupación y se presenta como una amenaza para los programas de intervención en las enfermedades infecciosas.

- Para la lepra, una enfermedad crónica con el estigma social, la resistencia a los medicamentos es un serio obstáculo en una fase en la que hay un descenso en la prevalencia debido a la intervención de la poliquimioterapia (PQT).

- Para cumplir con eficacia el desafío de contener la enfermedad y mantener la tendencia a la baja de la enfermedad, es esencial mantener una vigilancia de la resistencia en los países endémicos.

En Brasil, siguiendo la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este problema se puede abordar a través de la creación de una Red de Vigilancia Centinela de la resistencia a los medicamentos en la lepra, mediante el apoyo clínico y de laboratorios adecuados, con flujos de referencia y contra-referencia. Es lo que seguimos intentando organizar y/o fortalecer.

En apoyo de esta red de vigilancia centinela de la resistencia a los medicamentos para la lepra, existen condiciones que deben ser observadas a finales de las 12 dosis así como detalles de los casos en los que es necesario investigar la resistencia a fármacos.

## **RECIDIVAS DE LEPROSIS**

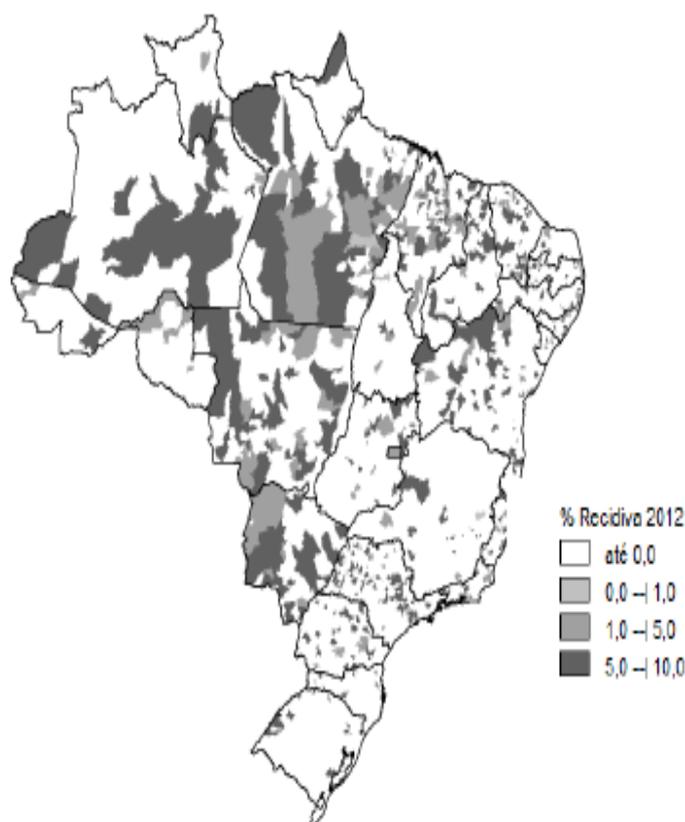
Se sospecha de resistencia a la PQT, en los casos de lepra, que fueron previamente tratados adecuadamente y con PQT estándar para PB (6 dosis) y para MB (12 dosis) y, si está indicado por las unidades de referencia, se trata con un segundo ciclo hasta completar 24 dosis PQT, y fue dado de alta para la curación. Es decir, dejó el registro activo y regresa con nuevas lesiones en la piel que indican actividad de la enfermedad o el índice bacteriológico activo y positivo igual o mayor que 2 (IB = 2 +) en cualquier lugar (OMS, 2011). En Brasil, los criterios clínicos de sospecha de recurrencia se enumeran en el Decreto 3125 de 07/10/2010.

- Toda sospecha de recidiva deberá ser sometida a las unidades de referencia obligatoria para el diagnóstico diferencial de las reacciones leprosas y hacer nuevas investigaciones clínicas y de laboratorio, mínimo biopsia de lesión cutánea intradérmica para el examen histopatológico y, en su caso, la serología ELISA anti-PGL-I.

**Total de recidivas en 2012: 1.375 casos**

**FIGURA # 30. PORCENTAJE DE CASOS DE RECIDIVAS DE LEPROA NOTIFICADAS EN EL AÑO 2012.**

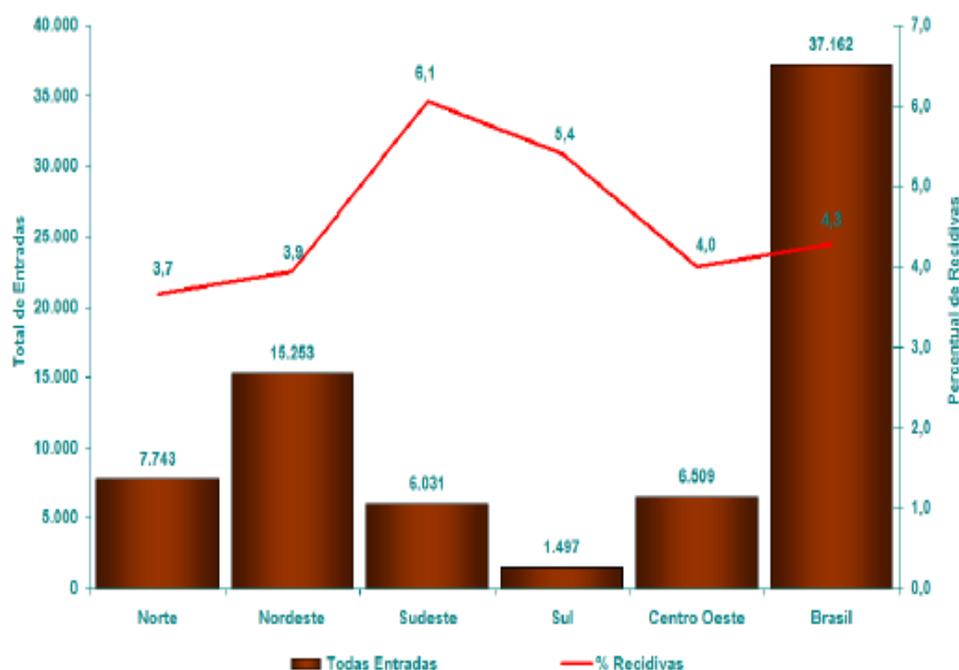
### Porcentual de casos de recidivas de lepra, Brasil 2012



Fonte: SINAN/SVS-MS

**FIGURA # 31. PORCENTAJE DE RECIDIVAS DE LEPRO, POR REGIÓN, CON NUMEROTOTAL DE CASOS INFORMADOS EN BRASIL 2.012.**

Porcentual de Recidivas de Lepra por Región con Número Total de Casos Informados en Brasil, 2012



Fonte: Sinan/SVS-MS

Atualizada em 14/04/2013

NCR Brasil 2012 = 33.303 casos (17,17/100.000 habitantes)  
 Total: 37.162 casos; 1.375 recidivas (4,3% de total de entradas)



Fuente: Sinan/SVS-MS

Dados disponíveis em 05/05/2011



FUNDACION ALFREDO DA MATTA

DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL.

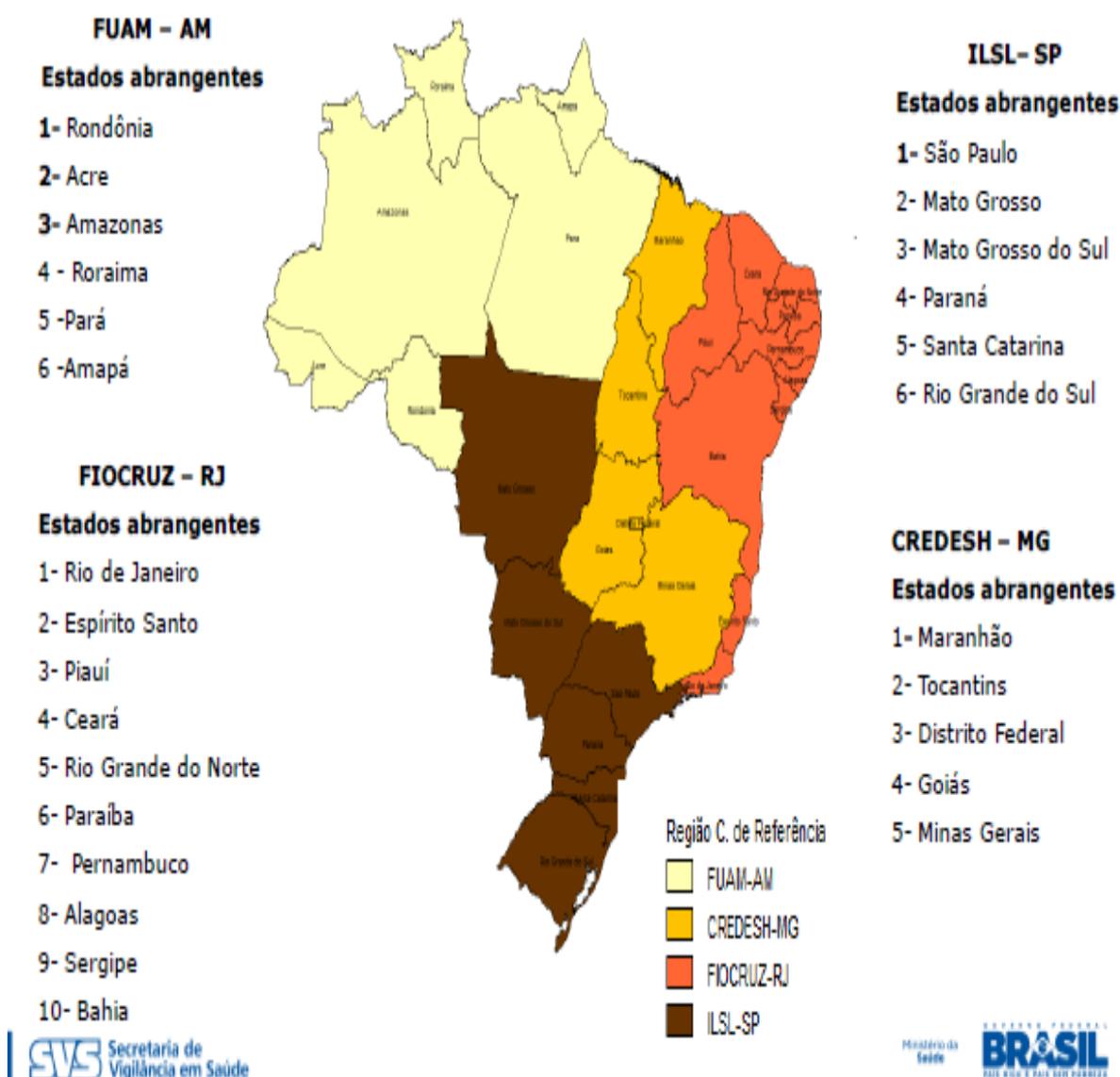
En la institución se vienen realizando algunas investigaciones en relación a la resistencia medicamentosa, y algunos casos están ya publicados.

INSTITUTO LAURO DE SOUZA  
DR. MARCOS VIRMOND

Mapa indica la red centinela que tiene el ILSL en todo el país.

**Figura #32. DISTRIBUIÇÃO DE LAS ÁREAS CORRESPONDIENTES A CADA UNO DE LOS CENTROS DE REFERENCIA PARA VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LOS MEDICAMENTOS USADOS EN LA PQT EN BRASIL.**

## Rede Sentinela: Área de Abrangência dos Centros de Referência



## **MESA REDONDA: POSIBILIDADES DE IMPLEMENTAR EN MÁS PAISES DE LAS AMERICAS LA VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA POLIQUIMIOTERAPIA**

### **DISCUSION GENERAL.**

**Modera la discusión Dra. Regiane de Paula Cardoso.**

**DRA. FANNY VERDUGA. ECUADOR.**

¿Cómo podemos saber que estamos frente a bacilos persistentes o resistencia bacteriana, cuando no tenemos la tecnología disponible?, ¿cuál sería nuestra línea de acción en este caso?

**DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL.**

Bacilos persistentes son bacilos normales que están durmiendo, y que por razones que se desconocen vuelven a reactivarse. Una buena manera de saber es probar su viabilidad. Esto se puede hacer con la toma de una biopsia y con el material inoculado en la pata del ratón.

**DRA. REGIANE DE PAULA CARDOSO. BRASIL.**

Alguna otra técnica?

**DRA. MARIA DA GRACA CUNHA. BRASIL.**

Hay que aclarar la situación si tienen leves lesiones de piel se debe saber si la toma de biopsia es persistente o si es resistente. Para saber si es resistente, solo hay dos técnicas: la inoculación en la pata de ratón y la PCR.

**DRA. FANNY VERDUGA. ECUADOR.**

Pero yo decía que en el caso de Ecuador, no tenemos esta tecnología a nuestro alcance, que debemos hacer.

**DRA. MARIA DA GRACA CUNHA. BRASIL.**

Se debe partir de un enfermo que es diagnosticado como recidiva, Se pensaría si hay recidiva o no, periodo corto de incubación para recidiva, enfermos que tomaron más de 2 tratamientos de PQT. Probablemente este puede ser un caso de resistencia medicamentosa. Enfermos que tomaron dapsona por largo tiempo, y después rifampicina, y luego PQT, recidiva ron e hicieron resistencia.

#### **DR. EDUARDO FALCONI. PERU.**

Perú quisiera saber, cuál sería el procedimiento, de traslado de muestra a cualquiera de estas 2 instituciones, para que realicen el análisis correspondiente en caso de que se sospeche de resistencia. Pido a la OPS nos brinde el apoyo para realizar envío de las muestras, ya que nosotros no estamos en capacidad de implementar este tipo de tecnología.

#### **DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS.**

Si podríamos hacerlo, pero debemos establecer protocolos, para toma, conservación y envío de las muestras. Puede ser factible que sea necesario completar un número de muestras. Sobre la forma de tomar las muestras, pregunto al Dr. Marcos o Dra. Da Graca Cunha, si es fácil el envío de esas muestras internacionalmente.

#### **DR. MARÍA DA GRACA CUNHA. BRASIL.**

El envío o recibimiento puede ser un poco complicado

#### **DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL.**

El ILSL en Bauru están disponibles para recibir las muestras y realizar biología molecular. Lo importante es saber o definir a quien tomar la muestra.

#### **DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS.**

Se debe establecer un formulario donde se registren los datos muy concretos de los pacientes como, diagnóstico, tipo de lepra, tratamientos recibidos, droga recibida, tiempo recibido, etc, Brasil debe tener dicho formulario para su aplicación internamente. Habría que revisarlo para ver posibilidad de su uso para otros países.

#### **DRA. MARTHA SABOYA. OPS.**

Tienen que contar con todos los reglamentos internos, de consentimiento y demás, procedimientos de ética, para sacar muestras de los países. OPS será muy estricto en cuanto a respeto de dichos reglamentos.

#### **DR. R.M. SINGH BARBADOS.**

Es una gran ayuda, para nosotros. Como podremos prevenir la resistencia, cuantos casos o tecnología se requiere, uso de la tecnología. Si vamos a realizar a través del centro de referencia de Brasil, es una gran ayuda. Si sabemos que puede haber resistencia, sería mejor establecer un centro de referencia del Caribe. Sería para nosotros más fácil.

**DR. SANTIAGO NICHOLLS.**

Los países que tienen más casos de recibidas, podrían ser centros de referencia.

**DR. SOCRATES CANARIO. REPUBLICA DOMINICANA**

No habría problema, pero nosotros no contamos con PCR., que si lo tiene cuba, pero si tenemos todas las instalaciones

**DRA. RAISA RUMBAUT. CUBA**

Se reportan 14 o 15 recibidas al año y nosotros si contamos con infraestructura y personal capacitado para hacer PCR, para esta vigilancia, que podemos utilizar en nuestros pacientes. Voy a consultar a nuestros especialistas para poder comprometernos, la voluntad existe.

**DR. JULIO SUMI. BOLIVIA**

Nosotros tenemos instalaciones para realizar PCR, pero necesitamos capacitación y los reactivos para realizar dichos estudios

**DRA. MARTHA GARCIA AVILES. MEXICO**

Tenemos laboratorios instalados con buena infraestructura para PCR. Solo necesitaríamos una puesta al día, y podríamos colaborar con otros países.

**DRA. PATRICIA SOSA. ECUADOR**

En el laboratorio sí contamos con técnica de PCR. Estamos incursionando ya en tuberculosis, pero necesitaríamos capacitación para los técnicos y reactivos.

**MODERADORA. DRA. REGIANE. BRASIL**

Es posible realizar capacitaciones, para técnicos en PCR, Dr, Virmond?

**DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL**

Si, es posible hacer capacitaciones para PCR.

**DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS**

Bueno, tenemos un gran potencial en algunos países, Cuba, Bolivia, México, Ecuador. No sé si Paraguay también lo tendría, y Argentina.

**DRA. MARIA ALVARENGA. PARAGUAY.**

Estoy tomando nota al respecto. Voy a averiguar en el laboratorio central.

## **DR. SANTIAGO NICHOLLS, OPS.**

Para capacitar en el ILSL, es importante establecer un protocolo, único y común para todos, para poder realizar comparaciones entre países y años, y tener un panorama de resistencia en América y el Caribe. Para los países con pocos casos lo mejor es que sus muestras sean enviadas al ILSL.

## **SESION 9. NECESIDADES Y PRIORIDADES DE INVESTIGACION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE ELIMINACION DE LA LEPRO EN LAS AMERICAS.**

### **PRIORIDADES GLOBALES PARA LA INVESTIGACION EN LEPROA**

**Dr. Sumana Barua. - Expone Dra. Martha Saboya. OPS**

### **PRIORIDADES GLOBALES PARA LA INVESTIGACIÓN DE LA LEPROA**

Estas prioridades están plasmadas en el documento de la cumbre internacional de la lepra, que se llevo a cabo en Bangkok, Tailandia, en Julio de 2013. En esta reunión, se reconoció la necesidad de la continuación al apoyo en investigaciones sobre lepra.

El enfoque de las investigaciones debe basarse en cosas que todavía no tenemos clara en lepra: las fuentes de la infección, carga de la enfermedad , patrones de la exposición, modo de transmisión, respuesta temprana del huésped a la infección  
Temas a considerar en la investigación: Prevención , Detección Temprana  
Quimioterapia Inmunopatogénesis y progresión clínica , Resistencia de las drogas.

Prevención de la discapacidad, Rehabilitación basada en la Comunidad-  
Reducción del estigma Salud/integración social , Drogas Nuevas , Nuevas Técnicas de diagnóstico.

El Comité de Expertos de la OMS sobre la lepra, en su octavo informe de fecha, 2010, estableció los siguientes retos para trabajar en lepra:

- Reducir el estigma
- Accesibilidad del diagnóstico y tratamiento
- Servicios de remisión eficaces
- Monitoreo y Supervisión de apoyo
- Información, Educación y Comunicación (IEC) eficaz, para aumentar conocimiento de la comunidad y sensibilizarla.
- Prevención del desarrollo de la resistencia a los medicamentos.
- Investigar estrategias para desarrollar las herramientas nuevas con finalidad de prevenir la lepra, mejorar el cuidado del paciente y reducir las secuelas de la lepra.

**Figura # 33 TÉCNICAS APLICADAS, LOGROS Y REQUERIMIENTOS EN LA INVESTIGACIÓN Y AVANCES EN LA EVALUACIÓN DE EFICACIA.**

Research Themes	Technology Transfer	Evaluate Effectiveness
1. Prevention	Roll out chemoprophylaxis	Chemoprophylaxis + BCG Assess new TB vaccines
2. Early Detection	Prevent delayed detection	Test neuro, immune and molecular diagnostics
3. Chemotherapy	Improve adherence	U-MDT and new regimens
4. NFI and Reactions	Use of monofilaments	Early detection, optimal steroids, ENL treatment
5. Prevention of Disability	National programmes, integration with 'Legs to stand on'	Novel treatments for plantar ulcers
6. Community Based Rehab.	Increase CBR participation	Test CBR guidelines
7. Stigma Reduction and Advocacy	Implementation of proven interventions Translate UN Guidelines	Test interventions to reduce stigma Test Patients Charter
8. Health/Social Care Integration	Integration with Primary Care, CBR and NTDs – in low endemic settings	

RED – funding required

GREEN – funded and in progress

Se requiere Fondos y financiamientos en color rojo, y en color verde lo que ya está financiado

Prevención:

Evaluar la quimioprofilaxis más vacuna BCG

Evaluar el impacto de las nuevas vacunas contra tuberculosis y lepra

Como mejorar la detección temprana, evitar demoras en detección de los casos, evaluar los test, inmunología.

Mejoría en la adherencia a los esquemas de tratamientos

Evaluar la efectividad de las nuevas alternativas de tratamientos acortados con UPQT, poliquimioterapia uniforme, 6 meses independientemente de si es PB o MB.

Actualmente hay un gran estudio clínico para evaluar esto en curso cuyos resultados pueden tardar aún varios años. Reacciones y daños neurales, evaluar la detección temprana, uso de esteroides, manejos del eritema nodoso, iniciativas en integración para la prevención de discapacidades causadas por otras enfermedades

como filariasis, úlcera de buruli, diabetes. Esto ya se está implementando en algunos países.

Como aplicar tecnología, para uso de guía editada en el año 2012, en la cual ya se habla de eliminación del estigma, implementación de programas, evaluación de la efectividad,

Integración al servicio de atención. Cuidado en la APS, integración de la lepra en la atención de las enfermedades desatendidas de la piel.

#### **DR.SANTIAGO NICHOLLS, OPS**

Se deben plantear líneas de investigación, para alcanzar las metas de eliminación. Hemos solicitado al Dr. Virmond y a la Dra. Maria da Graça Cunha que moderen la discusión.

#### **DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL.**

La detección y la prevalencia de la lepra pueden ser muy bajas, pero problema este en los desconocimientos. Es tan vieja y no sabemos cómo se transmite. Aun no es posible cultivar el M. leprae no se lo puede cultivar. El campo de la investigación está abierto.

#### **PREGUNTAS:**

#### **LCDA. ELIZABETH QUITO. ECUADOR**

Me quedo inquietud del tratamiento de los 6 meses en las 2 formas, ya que nosotros. Sabemos que es un estudio, pero hasta donde está su avance.

#### **DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL.**

Para el estudio de UPQT (Poliquimioterapia uniforme), actualmente existen 2 grupos en India y China. Es un estudio multicéntrico que inició desde hace 5 o 6 años, en que los enfermos reciben el esquema de MB por 6 meses. No hay grupo control en ambos países y los pacientes tanto PB como MB reciben el mismo tratamiento,. En el Brasil estamos haciendo algo similar con grupo control. Es decir un grupo recibe 6 meses y otro 12 meses. Los MB, son seguidos por un lapso de 5 años. Todavía no se tienen resultados de los estudios en la India y en la China. Nosotros sí tenemos resultados preliminares y vamos a presentarlos en el Congreso Internacional de Lepra que se realizará el próximo mes en Bruselas.

#### **DR. SANTIAGO NICHOLLS, OPS**

En el informe técnico, va a ser entregado el estudio de terapia en casos nuevos UPQT, estos van a ser seguidos por 8 años después de haber concluido su tratamiento, para monitoreo de recaídas, piensa reclutar 5000 pacientes, 2500 PB y 2500 MB, ya en el 2010 tenían 3400 pacientes, y de ellos ya 2000, han concluido sus tratamientos, informe es favorable pero no se pueden dar las conclusiones, hasta el momento, resultados podremos tenerlos en el año 2020.

#### **DRA. MARTHA SABOYA. OPS**

El estudio comenzó en India y China. La hipótesis es que haya menos del 5% de recidivas. ; No hay grupo control.

#### **DRA. MARÍA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL.**

Brasil, en el estudio brasilero si usa grupo control, en los MB en esquema de 12 meses, y grupo PB 6 meses, con el esquema actualmente recomendado, que no incluye clofazimina.

#### **DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS.**

En el estudio Brasilero, cuál es el tamaño de la muestra, cuál es el tiempo de seguimiento, y cuándo se espera terminarlo?

#### **DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL.**

El estudio multicentrico es coordinado por la OMS. Participa una provincia brasilera, Fortaleza, con la meta de incluir 600 casos nuevos y la FUAM con meta de 120 casos. Se tiene previsto hacer seguimiento de 5 años después del alta de tratamiento, pero creo que debe ser más largo, hasta 8 años.

#### **DRA. AZALEA ESPINOZA.COSTA RICA.**

En relación a los estudios, hay posibilidades de financiamiento. Habrá recursos para este tipo de investigaciones? Nosotros tenemos menos de 100 casos, podríamos hacer otro tipo de estudios.

#### **DRA. MARTHA SABOYA. OPS.**

Si hablamos de quimioprofilaxis entrarían los países con menos de 100 casos. Si es de prevención, detección temprana, diagnostico clínico, tratamiento igual, se

pueden hacer investigaciones multicentricas, por el número de casos. Lo importante es que debemos seguir haciendo investigaciones de acuerdo con las situaciones de cada país.

**DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL.**

Uno de los aspectos más importantes, es trabajar con la interrupción de la cadena de transmisión. Pregunto. Como es la experiencia de la quimioprofilaxis en Cuba.

**DRA. RAISA RUMBAULT. CUBA**

No la tenemos documentada, desde el punto de vista investigativo. Vamos a reunirnos con los especialistas, para realizar el estudio retrospectivo de personas que recibieron quimioprofilaxis. Los aspectos a considerar incluyen: el tiempo de la toma de tratamiento de quimioprofilaxis, el tiempo de aparición de la enfermedad y el tipo de lepra que presentan estas personas. Estratégicamente vamos a considerar que esta investigación sea realizada por un residente en epidemiología, ya que está en el banco de problemas.

**DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL**

Deben comenzar con estudios de investigación retro y prospectiva en Cuba porque tienen una larga experiencia desde hace más de 25 años con la quimioprofilaxis, a pesar de lo cual la curva de incidencia está estable, y esta importante experiencia es desconocida para el resto del mundo.

**DR. SANTIAGO.NICHOLLS. OPS**

Sí es importante hacer el estudio retrospectivo y prospectivo en Cuba. La OPS puede apoyar con el diseño del protocolo y proceso de análisis de los resultados cuando se los tenga. En Costa Rica , como en los países que tienen pocos casos, la pregunta es que podemos hacer para dar un salto y en pocos años bajar el numero de casos a cero. Otra inquietud es por qué a pesar de que Cuba tiene un buen programa de control, cada año el número de casos tiende a ser similar al del año anterior, sin reducción como se esperaría.

**DRA. MARTHA SABOYA. OPS**

Nosotros podremos colaborar con Cuba, en alguna investigación que podría ser en relación a la BCG y la quimioprofilaxis que sabemos protege los 2 primeros años y la BCG después del año. La pregunta es cuál es la efectividad y podríamos pedir la colaboración a los centros colaboradores.

**DRA. RAISA RUMBAUL. CUBA**

Sí, se podría.

#### **DRA. MARTHASABOYA. OPS.**

La pregunta sería que tipo de investigación podríamos realizar en los países que ya tienen menos de 50 casos al año, para saber que hace falta para eliminar estos casos. Por ejemplo, en el caso de Costa Rica.

#### **DRA. AZALEA ESPINOZA COSTA RICA**

Desde este año, se Implementa sistema de terapia supervisada, modalidad que se utiliza en Tb, la aplicamos en una región donde tenemos más casos de lepra. El otro año tenemos ya programado poner la terapia supervisada en todo el país.

#### **DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS**

Una pregunta para discusión es si, sería posible en un plazo de 5 o 7 años, hasta el 2020, en los países que tienen menos de 50 casos al año, llegar a cero casos al año. Es epidemiológicamente posible? Qué se tendría que hacer para lograrlo?.

#### **DR. EDUARDO FALCONI. PERÚ.**

Cada país tiene su particularidad. Si tenemos pacientes dispersos es un problema: El 90 % de los pacientes son MB, con evolución desde 6 hasta 30 años de evolución de su problema de lepra. Falta conocer su grado de discapacidad, sus contactos,. La estrategia a iniciarse en Perú es focalizar georeferencialmente los casos, para detectar casos nuevos en sus contactos.

#### **DR.MARCOS VIRMOND. BRASIL.**

En Uruguay, con tecnología y soporte político, es posible que se logre llegar a cero casos, debería explorarse. Podría considerarse llegar a cero casos en el año 2040, en el resto de países que tienen menos de 40 o 50 casos nuevos al año. Todo dependerá de sus condiciones.

#### **DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL.**

Tenemos que llegar a esa meta, si es posible, tengo un comentario de lo que hace Costa Rica con dar supervisado su tratamiento con regularidad. Se debe ampliar el control y seguimiento de los contactos y de los, sintomáticos dermatológicos a ser observados, teniendo en cuenta el período de incubación. Con esto lograría un mejor control.

#### **DRA. AZALEA ESPINOZA. COSTA RICA**

En estos meses hemos encontrado, vacíos en relación con la revisión de los contactos en el nivel local. El problema es que no tenemos dermatólogos a nivel local. Los contactos deben ser remitidos a un hospital donde está un dermatólogo, por lo cual esta revisión es un problema. En sitios muy lejanos, no cuentan con recursos económicos y ellos deben ser valorados por el dermatólogo que se encuentra en el hospital. Estos son aspectos a los cuales debemos dar solución.

#### **DRA FANNY VERDUGA. ECUADOR.**

Nosotros no podremos cumplir con el sueño del Dr. Nicholls, ya que tenemos casos MB. Estos ya tienen infectadas a otras personas, no podríamos cumplir la reducción en 5 años; Deberíamos aplicar el DOTS como lo hace tuberculosis, para asegurar la adherencia del tratamiento.

#### **DRA. RAISA RUMBAULT. CUBA.**

Se está trabajando en el indicador del cálculo o estimado de prevalencia oculta, haciendo en cada provincia cuánto se tiene estimado y vemos que hay una meseta; Si Cuba diagnostica 250 casos de lepra al año y tenemos casos de lepra que estamos dejando de diagnosticar, se debe sacar esa prevalencia oculta. Esto nos daría un incremento de detección de casos nuevos y luego ir disminuyendo la meseta y sus características. Puede haber casos de diagnóstico tardío, que acuden espontáneamente; Si hay casos nuevos en niños eso significa transmisión activa. Es necesario establecer estrategias apropiadas. El dermatólogo está en el nivel primario de salud, y participa con el médico de familia y la enfermera en el control.

#### **DRA. MARTHA SABOYA. OPS.**

Ya está muy clara la situación de brindar apoyo a Cuba, en la investigación para evaluar la quimioprofilaxis, conjuntamente con los centros colaboradores.

Se sugiere convocar a los países con menos de 100 casos, los centros colaboradores y un grupo de consultores expertos, para establecer cuáles serían las acciones de \* la última milla \*, y por cuánto tiempo. Esta convocatoria podría hacerse en el primer semestre de 2014.

#### **DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL.**

Me parece muy buena la sugerencia de la Dra. Martha Saboya.

#### **DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS.**

Esta es una importante conclusión, de esta discusión. Quiero informar que se invitó a Dra. Zaida Yadòn, asesora en temas de investigación de enfermedades transmisibles, a participar en esta reunión. Desafortunadamente enfermó y no pudo estar presente. Tenemos pensado desarrollar una agenda de investigación en la región, para fortalecer los programas de eliminación de lepra. La Dra. Yadòn, tiene un formulario de investigación en leishmaniosis. Se puede ver la posibilidad de ser aplicado en lepra.

Tengo 2 preguntas: la primera, sobre el uso de pruebas serológicas para detección temprana de casos de lepra

#### **DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL.**

Nosotros estamos ansiosos de los resultados, sabemos que se están haciendo investigaciones al respecto pero no tengo información.

#### **DR. MARCOS VILMOND. BRASIL.**

Hay un test rápido, que se planteó hace poco tiempo, que utiliza una proteína recombinante. Su presentación es sencilla, y se puede usar con mucha facilidad en el campo; El problema básico que se plantea es que en el grupo PB, el porcentaje de detección es muy bajo. Se aplica en los casos MB. En Brasil ya se están haciendo estudios pero no tengo resultados finales de estas investigaciones.

#### **DRA. ROSA CASTALIA SOARES. BRASIL.**

El MSP llamo a unos expertos, para revisar la utilidad de estas pruebas. Hay algunas limitaciones. La sensibilidad es muy baja para los pacientes PB. Los primeros estudios, fueron hechos en una Universidad con pacientes positivos. La recomendación fue que el MSP, debe apoyar los test que se realicen en el campo. Se invito a 2 investigadores, para que realicen un diseño, pero hasta ahora no nos han contestado. El MSP sí desea realizar esta investigación, porque la idea es saber si esta prueba es una herramienta que se pueda adoptar en los trabajos de campo.

#### **DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL.**

Este test, puede ser un buen auxiliar diagnóstico, pero no sustituye al diagnóstico clínico.

#### **DRA. RAISA RUMBAULT. CUBA.**

Pido apoyo a la OPS, para que nos oriente, al igual que con el estudio de quimioprofilaxis con rifampicina. Tenemos en la mano el microelisa que lo fabrica Cuba y lo utilizamos en los casos de las formas subclínicas de lepra.

**DR. JIM. OEHRIG.USA.**

Aclarar, que ALM hizo una fuerte inversión en el desarrollo de este test diagnóstico. Hemos visto que no es útil en términos clínicos, va a ver demasiados resultados falsos - positivos; Es una herramienta útil para recopilar datos en zonas, donde hay altos niveles de endemicidad.

**DR. SANTIAGO NICHOLLS, OPS.**

En Cuba Dra., Raisa ustedes lo están usando operativamente ya en el programa y cómo lo usan?

**DRA. RAISA RUMBAULT. CUBA.**

Nosotros lo estamos utilizando, en la provincia de La Habana cuando vamos a hacer los controles de focos y en las familias que tienen varios casos de lepra. Pero sí queremos el apoyo para realizar un protocolo, nosotros tenemos el microelisa, y el financiamiento por parte del MSP.

**DR.EDUARDO FALCONI. PERU.**

Esta prueba serológica; cuánto tiene de sensibilidad y especificidad?. La usan en casos PM o MB?

**DRA.RAISA RUMBAULT. CUBA**

La utilizamos en los casos MB.

**DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL.**

Un comentario sobre la serología, el microelisa, detecta anticuerpos; 60% de los casos PB son negativos, pero en casos MB con 2 o más cruces todos fueron positivos. En la FUAM lo hacemos en contactos y encontramos el 15 % de casos positivos. La serología no es un instrumento diagnóstico, pero si es útil en casos de recidivas, o como triage.

**DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL**

No son metodologías diagnósticas, pero por parte de la prensa se dijo que ya se tiene diagnóstico de lepra en 5 minutos.

**DRA. RAISA RUMBAULT. CUBA.**

A nosotros nos ha servido para los contactos, y se les hace un seguimiento cada 3 meses.

**DR. SANTIAGO.NICHOLLS, .OPS**

Se debe saber cuál es la real utilidad de la serología.

Mi segunda pregunta es sobre la Lepra como zoonosis. Se ha presentado una hipótesis, de que hay un reservorio animal que es el armadillo. Quisiera saber la opinión de los expertos sobre esto.

**DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL.**

El trabajo del Dr. Truman no puede descartarse. Lo que se comprobó es que había casos de lepra con cepas venidas de armadillo como fuente de infección. Yo creo que sí es factible, porque el bacilo no puede vivir solo, necesita de un hospedero. El hallazgo del Dr. Truman se extrapoló inadecuadamente y luego la prensa informó que la lepra puede ser pasada por los armadillos.

En la octava reunión de los expertos de la OMS que se llevó a cabo en Ginebra, en la cual estuve presente, se discutió el tema y se consideró que no debería incluirse en el reporte final. A pesar de ello se le incluyo.

**DR. R.M. SINGH. BARBADOS.**

Con respecto a la vacuna tenemos información de que ALM está financiando una investigación en vacunas. Entendemos que es muy difícil encontrar una vacuna para la lepra. Un punto que hace esto difícil es que la enfermedad tiene un largo periodo de incubación. Se podría dar vacuna profiláctica cada 5 o 10 años para aumentar la inmunidad. Sobre los armadillos en África y la India el armadillo, lo consumen muchas personas. Es una comida exquisita. En mi región los armadillos, se consiguen a un costo muy alto. Cuánto tiempo toma el cultivo en los ratones?

**DR. MARCOS VIRMOND. BRASIL**

Depende de tipo de ratón. Si tiene inmunidad baja, genéticamente se puede cultivar en 10, 15 o 21 días. En otras situaciones demora hasta 6 meses, para cultivar y poder cosechar la micobacteria; En los armadillos toma mucho tiempo reproducir la enfermedad. Con lesiones neurales puede durar un año, así que en comparación, es más fácil utilizar los ratones para estos estudios. Los armadillos son más difíciles, porque ellos son muy sensibles estar en cautiverio

**DRA. MARIA ALVARENGA. PARAGUAY.**

En Paraguay un médico japonés entre los años 72 y 84 hizo un estudio en armadillos para ver si encontraba la lepra, como una infección natural por el bacilo. Tenemos muchas especies de armadillos, actualmente están en peligro de extinción. El estudio se hizo en la zona más poblada. Los armadillos eran traídos de El Chaco. El estudio fue auspiciado por la Fundación Sasakawa; Nunca se

encontraron armadillos que estuvieran infectados naturalmente con el bacilo de la lepra.

La serología sería aplicable en contactos de pacientes con lepra MB?, Es decir, si en una familia de 6 hijos, 2 tienen serología positiva se puede dar o no tratamiento.

**DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL.**

Si la serología es muy alta, posiblemente el paciente tiene baciloscopia positiva, por lo cual se debe iniciar tratamiento, previa confirmación clínica.

**DR. MARCOS VIRMOND BRASIL.**

Los microbiólogos, que trabajan con las pruebas serológicas, a veces recomiendan cuando hay casos de serología positiva, que se instaure tratamiento. Es importante enfatizar que el diagnóstico de la lepra en un paciente es algo muy serio en su vida.

**DR. EDUARDO FALCONI. PERU.**

Cuál es el seguimiento que se debe tener con los pacientes con serología positiva?. Se da tratamiento o no?

**DRA. RAISA RUMBAULT. CUBA**

A los pacientes que son diagnosticados con serología positiva, se les hace un seguimiento y examen dermatoneurológico. No se utiliza serología en los niños, pues no se le da ningún valor.

**DR. SANTIAGO NICHOLLS, OPS.**

En la era de la genómica ya está descifrado el genoma de la lepra?.

**DR. MARCOS VIRMOND . BRASIL.**

Si ya está, es un trabajo por el profesor Kul y está publicado. en internet.

**DR. EDUARDO FALCONI. PERU**

Sobre el uso de la vacuna, BCG, el Dr. Jacinto Convit de Venezuela, hizo un estudio de aplicación de la vacuna, planteaba que debería aplicar varias dosis en pacientes con lepra MB. Hay varios estudios de 10 años y hasta 15 años. Como está este tema de investigación?

## **DRA. CELSA SAMPSON .OPS**

Para tratar el asunto de la vacuna, se realizó un estudio multicentrico, en Venezuela, en la India y en África. Se estudiaron 195.000 contactos de pacientes MB no tratados. Se realizaron MB pruebas serológicas y lepromina, Se vacuno, doble ciego con BCG, y otro grupo tenía BCG y Mycobacterium leprae. Los 2 dejaban marcas (cicatriz BCG); Seguimos a los contactos y examinándolos una vez al año hasta que se completaron 25 casos en los vacunados, que están documentados. Se formo una comisión para analizar los resultados, concluyo que no hubo diferencia entre los grupos con BCG, y BCG más Mycobacterium lepra. Los que tenían más de 3 cicatrices de BCG, desarrollaron lepra PB, y los que tenían menos de 3 tenían lepra MB. Durante 6 años no se les dio dapsona; Esto me sirvió como enseñanza en la parte ética, porque dejamos de dar tratamiento con drogas .Sobre lo de Cuba, hay que tomar en cuenta cuantos eran contactos de pacientes tratados y cuantos de pacientes no tratados, porque hay muchas historias y además el complemento de BCG, interfiere en ese protocolo.

## **DIA 5. – INNOVACION Y SOSTENIMIENTO DE LOS LOGROS EN LA ELIMINACION DE LA LEPRO EN LAS AMERICAS.**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL DIA ANTERIOR.**

#### **CENTROS COLABORADORES Y CAPACITACIÓN**

- Los programas nacionales reconocen que el componente de entrenamiento es importante para el fortalecimiento de las capacidades del programa y que los centros colaboradores son socios importantes.
- Los centros colaboradores, el Instituto Lauro de Souza Lima y la Fundación Alfredo da Matta, han manifestado su interés en apoyar a los países y a los programas nacionales de lepra en entrenamiento y asesorías.
- Los programas nacionales deben establecer sus necesidades de capacitación; estas deben responder a una línea de trabajo con actividades de multiplicación al interior del país y con recursos.
- El programa regional de OPS/OMS solicita a todos los países enviar las necesidades de entrenamiento para 2014 y 2015 a más tardar el 30 de septiembre del 2013.
- El programa regional de lepra de OPS/OMS debe analizar alternativas para fortalecer capacidades en los países incluyendo el apoyo subregional de instituciones con experticia y capacidad en varios temas con lo cual se pueden reducir costos y potenciar las capacidades instaladas.

- Se requiere apoyar entrenamientos para los países del Caribe angloparlantes que se enfoquen en sus características epidemiológicas y necesidades programáticas
- En todos los países se requiere entrenar a nuevas generaciones de profesionales en los diversos temas relacionados con la lepra para evitar que se pierdan las capacidades por el retiro de los profesionales o por rotación a otros programas o áreas geográficas.
- Retomar los programas de evaluación externa del desempeño para microscopia.

### VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LA PQT

Es necesario elaborar un protocolo uniforme para hacer vigilancia de la resistencia con definiciones y criterios claros, que permita comparaciones entre países.

- Montar pruebas PCR: hay países con potencial para hacerla y podrían capacitarse con los centros colaboradores como el Inst. Laura de Souza Lima.
- En países sin capacidad para hacer PCR se puede hacer el procesamiento de muestras en centros de referencia.
- *Se debe definir el protocolo para la toma, preservación y envío de muestras a los centros de referencia. Se deben tener en cuenta los aspectos éticos necesarios.*

### INVESTIGACIÓN

- Cuba trabajará en la investigación y publicación de los resultados del uso de quimioprofilaxis. OPS/OMS y los centros colaboradores apoyarán esta investigación.

- La OPS/OMS con el apoyo de los centros colaboradores conformará y convocará a un grupo consultivo en el primer semestre de 2014 para identificar las acciones que deben implementarse en los países con bajo número de casos para terminar de cerrar las brechas y llegar a cero casos.

- Cuba solicita apoyo para revisar el protocolo para evaluar el uso de la prueba serológica (microELISA) para investigación de contactos de casos MB en un área geográfica.

- Se recomienda a OPS establecer una agenda para identificar las necesidades y prioridades de investigación en apoyo a los programas nacionales de eliminación de lepra.

Comentarios u observaciones sobre las conclusiones del día 4:

#### **DRA. MARÍA ALVARENGA.PARAGUAY.**

Podríamos capacitar a algún país que requiera capacitación básica para médicos de familia y enfermeras., Tenemos el hospital Menonita y contamos con hotelería.

#### **DR. SÓCRATE CANARIO, REPUBLICA DOMINICANA.**

Ya tenemos experiencia, disponemos de un laboratorio para entrenar en baciloscopias, tenemos un grupo médico, y médicos dermatólogos, salubristas y epidemiólogos. También contamos con expertos en zapatería, tenemos todos los servicios para rehabilitación, lo único que no tenemos es PCR.

#### **DRA. AZALEA ESPINOSA.COSTA RICA.**

Nos interesa capacitar a nuestro personal en epidemiología, en indicadores, para los médicos y dermatólogos,

#### **DRA. ROSA CASTALIA SOARES. BRASIL**

Para indicar que en las guías de OPS están los indicadores de monitoreo. Brasil se pone a su disposición para capacitaciones.

Comentarios de conclusiones sobre Vigilancia de la resistencia a los medicamentos usados en la PQT:

#### **DRA. FANNY VERDUGA, ECUADOR.**

Aprovechando esta oportunidad de la presencia de ustedes aquí, quisiera solicitar que Ecuador sea tomado en cuenta para que reciba capacitación en PCR a su personal de laboratorio para enseñarle las técnicas. A veces tenemos dudas de saber si se curó o no el paciente.

#### **DRA. AZALEA ESPINOSA. COSTA RICA.**

Deberían definir cuales serian los países, o centros que se tienen y se requieren. Ustedes deben tener esos insumos. También definir cuáles van a ser los centros de referencia para Centro América, América del Sur, México, etc.

#### **DR.SANTIAGO NICHOLLS. OPS.**

En principio los centros de referencia y capacitación son los centros colaboradores de OMS que ya tienen conocimiento y experiencia de larga data, como el ILSL y el FUAM. En Colombia el Centro de Estudios en salud (CES) de Medellín está trabajando en esta prueba. Más adelante podríamos pensar en ampliar estos centros de referencia y por ejemplo, tener uno en México para Centro América.

## SESIÓN 10.-ACCIONES INNOVADORAS E INTEGRACION DE ACCIONES CON LAS EID PARA MANTENER LOS LOGROS.

### BUSQUEDA Y DETECCION ACTIVA DE CASOS INTEGRADA A DESPARASITACION MASIVA EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: E XPERIENCIA DE LA CAMPAÑA REALIZADA EN BRASIL EN 2013.

DELEGADO MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL.  
DRA. REGIANE CARDOSO.

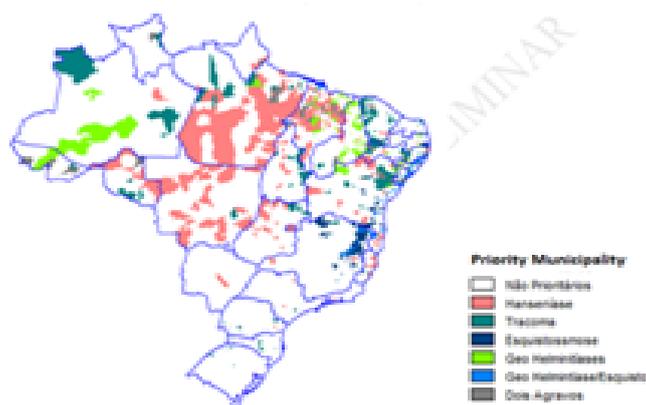
Campaña combinada en Brasil  
Considerando:

La importancia de la eliminación de la lepra como problema de salud pública;  
La Estrategia Mundial (2010) que hacen hincapié en la garantía de la calidad de la asistencia;

La relevancia de la disminución de discapacidad más allá de la tasa de detección, con un impacto en la reducción del estigma y la discriminación relacionados con la enfermedad;

**FIGURA # 34. TOTAL DE 720 MUNICIPIOS QUE PARTICIPARON EN LA CAMPAÑA.**

#### Municipios prioritarios para la Campaña



720 municípios foram selecionados para a campanha. Eles se localizam principalmente na área do Plan "Brasil sem Miséria" e receberam US \$ 12.500.000 para as atividades de vigilância, incluída a campanha.

## OBJETIVO:

Identificar los casos probables de la lepra para referirlos a la red de servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento;

Reducir la carga de infección por geohelmintos en escolares entre 5 - 14 años.

Se utilizaron formularios específicos para registro de actividades y afiches, autoadhesivos, además de material educativo.

Ya para el mes de Julio del presente año, haciendo un análisis parcial de los resultados de la campaña, se tenían 168 casos confirmados de lepra.

Lecciones aprendidas:

- 1- La campaña permite hablar de la lepra en las comunidades, para encontrar nuevos casos en los niños, y por lo tanto para evitar discapacidades;
- 2- La estrategia integrada de la lepra y de desparasitación permite incluir profesionales de la salud que por lo general no están involucrados en este problema de salud pública;
- 3- Los nuevos casos identificados por la campaña justifican la repetición de esta estrategia.

## FIGURA # 35. MUESTRA DEL MATERIAL EDUCATIVO, QUE ES ENTREGADO A LOS USUARIOS EN EL MOMENTO DE LA CAMPAÑA.



**FIGURA # 36. FICHA DE AUTOIMAGEN UTILIZADA PARA PROMOVER EL AUTO REPORTE DE SIGNOS SOSPECHOSOS DE LEPROSA.**



Varios países de Centro América, presentaron a continuación las acciones emprendidas para el control de las EID.

## DRA. ALEXANDRA PORTILLO. EL SALVADOR

El programa de las enfermedades infecciosas desatendidas, se crea esta unidad y surge a raíz de elaboración de un plan, junto con el apoyo de OPS en el mes de Mayo del 2011 se lleva a cabo el primer taller, y en total se realizaron 4. En estos talleres se identificaron las enfermedades infecciosas desatendidas como país, se analizaron la situación epidemiológica y sus determinantes con los programas de salud, cuáles eran las fortalezas, debilidades, estrategias y desafíos, luego fue socializado el plan a grupos intersectoriales y al Viceministro de Política. En dicho plan se establecieron objetivos generales y específicos. Se explicó al Viceministro el porqué la palabra de desatendida, porque pensaba que no las estábamos atendiendo. Se les dio a conocer la resolución que emitió la OPS en el mes de Octubre del 2009, en relación a las Enfermedades infecciosas Desatendidas.

**Figura # 37. ENFERMEDADES INFECCIOSAS DESATENDIDAS EN EL SALVADOR.**

### Enfermedades Infecciosas Desatendidas en El Salvador

- Lepra
- Paludismo
- Enf. de Chagas
- Sífilis congénita
- Rabia
- Toxoplasmosis
- Geohelmintiasis
- Leishmaniasis
- Leptospirosis



Se hace análisis epidemiológico del porque se consideraron estas enfermedades como prioritarias de atención inmediata:

Incidencia de sífilis congénita de 5.1 x 1,000 Nacidos Vivos (la meta es de <1 x 1000 Nacidos Vivos ).

Ultimo de caso de rabia humana en 2009.

Las coberturas de vacunación canina y felina han disminuido de 81% y 73% en 2007, a 66% y 67% en 2012, respectivamente.

Aunque la prevalencia de geohelmintos es de un 7.8%, el número de escolares de 5 a 8 años que reciben antiparasitarios ha disminuido de 638,516 en 2009 a 514,668 en 2011.

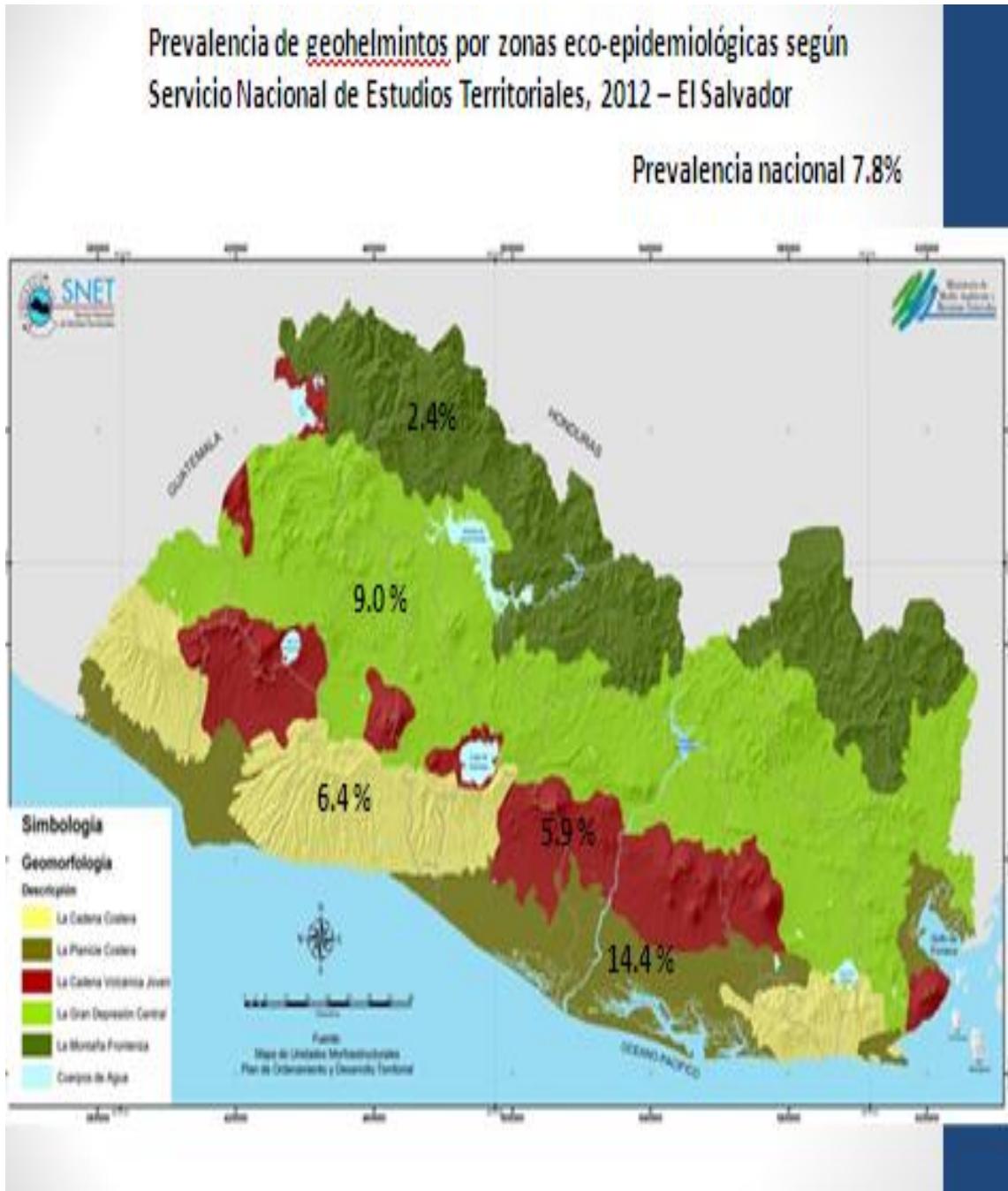
La leptospirosis representa un alto riesgo en zonas rurales expuestas a inundaciones.

La Enfermedad de Chagas afecta principalmente a niños y se manifiesta en la edad adulta. A través de los bancos de sangre y unidades de salud se detectaron 2,987 casos crónicos en 2012.

En relación al paludismo estamos en fase de pre-eliminación: tenemos menos de 20 casos nuevos por año.

Sin embargo: 75% de la población vive en zonas de riesgo, por lo cual es necesario mantener la vigilancia para no perder los logros alcanzados hasta ahora en su control.

Figura # 38 . PREVALENCIA DE GEOHELMINTIASIS. EL SALVADOR-2012



## **DRA. LESNY RUTH FUENTES. HONDURAS.**

Plan estratégico para la prevención, atención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas. 2012 – 2017.

### **ESCENARIOS**

A través de ejes transversales comunes a todas las enfermedades infecciosas. En caso de silencio epidemiológico de EID en una zona geográfica determinada. Recibimos apoyo de ONG, el programa mundial de alimentos, tienen facilidad para desplazamientos y entrega de desparasitante albendazol, la próxima campaña vamos a implementar acciones en base al proyecto que tiene Brasil.

### **ENFERMEDADES DESATENDIDAS, EN HONDURAS:**

- 1. LEPRA**
- 2. CHAGAS**
- 3. LEPTOSPIROSIS**
- 4. TENIASIS**
- 5. SFILIS CONGÉNITA**
- 6. TETANO NEONATAL**
- 7. TETANOS NO NEONATAL**
- 8. RABIA CANICA**
- 9. GEOHELMINTOS**
- 10. LEISHMANIOSIS.**

## **DR. GERARDO DELGADO. NICARAGUA.**

Avances del plan integrado de atención en enfermedades desatendidas:

Realizado en Noviembre del 2012 el primer taller nacional de formación de facilitadores para la elaboración del Plan Estratégico Nacional de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EIDs) cuyos resultados aportaron:

Capacitados 19 recursos de salud, 2 recursos de JICA, 1 Save the Children y 1 de Fundación Damián en la Guía para el Desarrollo de Planes de Acción Integrados en la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EIDs).

Se obtuvo y validó un esquema general de la estructura del plan de acción integrado de Nicaragua.

Nosotros solo manejamos 6 enfermedades:

### **LEPRA**

Definida la ruta de trabajo para reactivar el programa nacional de lepra.

### **CHAGAS**

Actualizadas las Normas Nacionales de Control de la Enfermedad de Chagas y elaborado el Plan Operativo Quinquenal con miras a la certificación de eliminación del *R. prolixus* y el control de la transmisión intradomiciliar por *T. dimidiata*.

### **RABIA**

Definida la ruta de trabajo para elaborar una guía nacional de certificación de áreas libres de rabia.

### **LEPTOSPIROSIS**

Definida la ruta de estratificación en base a zonas críticas, zonas endémicas y zonas silenciosas para la fase preparatoria y de respuesta.

### **GEOHELMINTIASIS (Helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo)**

Elaborado el protocolo de investigación de la prevalencia e intensidad de infecciones por geohelminos.

Planificada para el mes de noviembre la prueba piloto del protocolo de estudio.

Pretendemos finalizar la revisión de las normas de lepra, ahora en noviembre.

De los 16 casos que se encontraron ya estamos haciendo revisión de 56 contactos.

## **DRA. AZALEA ESPINOZA. COSTA RICA.**

### **El Objetivo general del plan de desatendidas es:**

Reducir aún más la carga de enfermedad y asegurar la provisión oportuna de servicios de calidad en el país.

### **Actividades:**

Descentralización de la distribución de medicamentos:

Desde el Área de distribución y almacenamiento a los paciente según la residencia del paciente.

Responsable Grupo Técnico Asesor de Enfermedad de Hansen.

Tiempo: a partir de enero 2013

El objetivo es incluir la información de los pacientes en expediente electrónico. Esta actividad todavía no está concluida.

Actualización de la base de datos, ya que no se sabe la evolución de los casos, ni estaba registrada la condición de discapacidad, actualizar definiciones operativas. No se publica todavía la norma de lepra, está en revisión por parte de la OPS.

Mapeo de los casos y sus contactos, solo tenemos la región donde llevamos el tratamiento supervisado.

Búsqueda activa de los casos y examen clínico a sus contactos. con apoyo de OPS de Costa Rica.

Retroalimentación del tratamiento farmacológico de los pacientes. La base de datos la tiene la farmacia, debe darle esa información al dermatólogo. Había una especie de divorcio entre el personal que hacía la entrega directa de los medicamentos y el médico que hacía el seguimiento de su enfermedad. Ahora esta en manos de los TAP.

Capacidad resolutoria de los EBAIS, en educación básica de la enfermedad. Estamos tratando de implementar la terapia supervisada en todo el país, por el momento lo hacemos en una región.

Capacitar a los INCIENSA, son nuestros laboratorios.

Publicación de la norma en un mes aproximadamente.

**MESA REDONDA: ESTRATEGIAS PARA INNOVAR EN LA DETECCION DE CASOS, PARA LA PROTECCION DE LOGROS EN LA POST-ELIMINACION DE LA LEPRO Y PARA LA INTEGRACION DE ACCIONES EN LOS PLANES DE ACCION DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DESATENDIDA  
DISCUSIÓN: PREGUNTAS - COMENTARIOS.**

**LCDA. ELIZABETH QUITO, ECUADOR.**

Pregunta para Dra. Regiane: Cuál fue la respuesta, tanto de los escolares como de la población en cuanto a la campaña emprendida. Han medido esa aceptación, en la comunidad?.

#### **DRA. REGIANE DE PAULA CARDOSO. BRASIL**

Tomó tiempo preparar la campaña, pero gracias a ello la aceptación tanto por parte de los niños como de los profesores y de la comunidad fue fuerte. Esta información fue muy importante para todos.

#### **DRA. ROSA CASTALIA SOARES. BRASIL.**

Comentario, en relación a las presentaciones de los países, deseo comentar que en el año 2009 Brasil comenzó a trabajar en áreas demostrativas. Es muy corto aún el tiempo para hacer una evaluación.

#### **OTRA COMPLEMENTACIÓN SOBRE LA CAMPAÑA EN BRASIL. LOS NIÑOS FUERON TOMADOS EN CUENTA COMO CENTINELAS PARA LA TRANSMISIÓN DE LEPRO.**

La idea fue de movilizar a toda la familia a través de los niños. Otra cosa importante es llevar un buen sistema de información y tener una buena línea de base, para saber después como fue el impacto y los resultados. El modelo es el usado en el ministerio de salud para todos los programas. Ahora estamos queriendo hacer una extensión de la campaña. Queremos hacer un trabajo casa por casa, georreferenciándolas para hacer la búsqueda de casos nuevos en los contactos. En esta campaña hemos contratado a 9 profesionales para que brinden su apoyo. La tableta de albendazol, tiene sabor agradable, las familias están muy contentas con estas acciones. vamo a seguir haciendo esta campaña de forma anual.

#### **DR. SANTIAGO NICHOLLS, OPS**

Estuve presente en la inauguración de la campaña en Recife. Los niños estaban muy sensibilizados, podrían ser multiplicadores de la campaña. Esto ayuda a crear conciencia en la comunidad y evita estigmatización y discriminación de la enfermedad. Ha sido una oportunidad, donde se espera lograr detección temprana de casos nuevos y así evitar presencia de discapacidades.

#### **DRA. MARIA ALVARENGA. PARAGUAY.**

Vamos a trabajar en algún sitio donde está el problema de lepra junto al programa de las enfermedades desatendidas.

#### **DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS.**

Diferentes países tienen distintas modalidades en cuanto a trabajos en salud y específicamente en cuanto al Programa de Lepra. Brasil trabaja conjuntamente lepra y enfermedades desatendidas: en otros países los programas de y Lepra y tuberculosis están juntos; en otros países tienen estructuras particulares como en

Republica Dominicana, donde el programa de lepra es manejado en forma particular con financiación parcial del Ministerio de Salud. Ojalá los Programas de Lepra puedan ser integrados a otros programas y trabajar conjuntamente.

**DR. SOCRATE CANARIO. REPUBLICA DOMINICANA.**

No tendríamos problema, tenemos personal capacitado, habría que hablar con el Ministerio para aunar esfuerzos.

**DRA. MARTHA GARCIA. MEXICO.**

Sería interesante unirse y trabajar conjuntamente entre los programas, establecer alianzas. El monitoreo y evaluación son un gran desafío. Me agrada ver un gran avance en Brasil. Hay que ser muy cuidadosos en este manejo integral de acciones conjuntas entre los programas.

**DRA. MARIA ALVARENGA. PARAGUAY.**

Salen a la luz varias ideas después de las presentaciones. Voy a coordinar trabajo con el programa de las enfermedades desatendidas en mi país y trabajar en zonas de hiperendemia en lepra. Me voy con ideas nuevas.

**DR. GERARDO DELGADO. NICARAGUA.**

Una pregunta para la Dra. Alexandra Portillo de El Salvador: Me llamó la atención en una de sus láminas, donde hay un indicador de vacunación de rabia canina. La cobertura estaba alta, en un 81 % y ahora bajó a 61% en el 2012.

**DRA. ALEXANDRA PORTILLO. EL SALVADOR.**

Efectivamente bajó la cobertura por cuanto caducó un lote de la vacuna canina, y por otro lado nos hizo falta personal, ya que cuando hay otra campaña, por ejemplo, en situaciones de brote de Dengue, por orden superior, tiene que desplazarse el personal para atender emergencias.

**DRA. LESNY RUTH FUENTES. HONDURAS.**

Pregunta para Nicaragua: Por qué razón solo tienen consideradas 6 enfermedades y nosotros tenemos más de 10.

**DR. GERARDO DELGADO. NICARAGUA.**

Se da esta situación porque se debe trabajar con base en el presupuesto existente, y con esas enfermedades que estamos afrontando los recursos nos son suficientes para trabajar.

**DRA. LESNY RUTH FUENTES. HONDURAS.**

Los especialistas no quieren apegarse a las normas, es un problema grave en Honduras.

**DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS**

El problema no solo se da en Honduras, sino en otros países. Debemos intentar, con la mejor evidencia científica, sustentar los cambios que tienen que darse en los especialistas que son los más difíciles de aceptar el cambio. En Centro América se tiene la iniciativa de un plan mesoamericano.

**DRA. AZALEA ESPINOZA. COSTA RICA.**

En leishmaniasis ya se está realizando un trabajo. En lepra ya se está planteando una investigación en relación a la no curación de los casos de lepra para buscar los factores asociados a este problema. Creo vamos a tener apoyo de OPS, esto lo vamos a realizar conjuntamente con Cuba.

**DRA. MARÍA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL.**

Tenemos que saber en el caso de los casos que no se curan en Costa Rica, si EL tratamiento fue regular, y hay que tener en cuenta los MB postratamiento. Se trató la infección por lepra. Aún después de finalizado el tratamiento, puede haber eventos como leprorreacciones, y exámenes como baciloscopias, estudios microbiológicos, biopsias con resultado positivo sin que eso signifique que el paciente no esté curado. . Se debe entender este proceso.

**DR. SANTIAGO NICHOLLS. OPS**

Se debe tener claro el concepto de curado.

**DRA. LESNY RUTH FUENTES. HONDURAS.**

En cuanto al proyecto mesoamericano, se ha estado trabajando enfermedad de Chagas y leishmaniasis. Llevo como tarea ver si se puede trabajar también en lepra.

**DRA FANNY VERDUGA. ECUADOR.**

En relación a enfermedades desatendidas, tuvimos un taller en el año 2009, donde participó la Dra. Celsa Sampson. Espero ahora que estoy como responsable nacional poder replicar la capacitación en las zonas o provincias endémicas y documentar todo el trabajo.

**DR. SOCRATE CANARIO. REPUBLICA DOMINICANA.**

Pregunta para Dra. Maria da Graça Cunha de Brasil: En casos de pacientes que después de recibir sus 2 años tratamiento pero siguen con baciloscopias positivas de 2 cruces a 4 cruces, en cuánto tiempo se espera que negativicen después finalizar el tratamiento?

**DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL.**

Los pacientes que terminan su tratamiento y fueron casos con 4 o 6 cruces en la baciloscopia inicial, van a tener baciloscopias positivas persistentes que solo van a negativizar después de 5 años.

**DRA. MARIA ALVARENGA. PARAGUAY.**

Se debe realizar trabajo con los dermatólogos de los países y darles capacitación.

**ALBERTO RIVERA.DAHW**

Se deben establecer criterios muy claros en cuanto a diagnostico y terminación de tratamiento en las guías de lepra.

**DR. R. M. MANOHAR.BARBADOS.**

Esto es importante. Por eso los dermatólogos de EEUU, no están muy de acuerdo con las guías de lepra de la OMS. Se tiene que definir qué vamos a hacer con los dermatólogos de nuestros países.

**DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL**

En EEUU, se tiene la facultad de hacer muchas investigaciones por cuanto ellos no tienen muchos casos o pacientes. las recomendaciones de la OPS / OMS están basadas en investigaciones que incluyen toma de muestras, inoculación en patas de ratón y demostración de que los bacilos no eran viables. Los macrófagos limpian esos restos bacilares a lo largo de los años. Los pacientes MB tienen dificultad de limpiar prontamente esos restos bacilares. Los casos posibles de recidivas pueden en realidad ser casos de reinfección. Deben pasar de 6 a 8 años para pensar en una recidiva.

**RESUMEN DE LA REUNION CUMBRE REALIZADA EN BANGKOK,  
TAILANDIA Y PRESENTACION DE  
DECLARACION DE BANGKOK, JULIO 2013.**

**DR. SANTIAGO NICHOLLS, SE DA LECTURA A PRESENTACIÓN ENVIADA POR  
DR. BARUA., EN RELACIÓN A DECLARACIÓN DE BANGKOK.**

**COMENTARIOS:**

**DRA. ROSA CASTALIA. SOARES. BRASIL.**

Quería complementar un punto que fue discutido y modificado, el indicador global de discapacidad grado 2. Se acordó de que sería un indicador global, porque Brasil en tan corto tiempo no podría cumplir con la meta. Las metas deben estar conforme a las posibilidades de cada país y los países todos tienen problemas similares a los nuestros, como diagnósticos tardíos, por ejemplo.

**PRIMEROS PASOS Y PROPUESTAS INICIALES PARA LA  
FORMULACION DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL 2016 – 2020**

**DRA. YESSENIA OSPINA ECUADOR.**

Las capacitaciones que se den en relación a esquemas de tratamiento para lepra, sería lo recomendable incluir a un experto , para que este enfoque los parámetros de los distintos esquemas del tratamiento a aplicarse y así se establezca una estandarizarizacion de los mismos, en todos los niveles de atención.

**DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL**

Cuando empezamos a hacer tratamientos en Brasil, hasta la negativización del mismo, en la década de los 80, 4, 5 años o más, un MB, enfermo muy pigmentado, por la clofazimina, concluimos que el máximo periodo que debería tomar un enfermo seria 24 dosis. Para los pacientes con carga bacilar muy alta, si nosotros seguimos dando 2, 4 o 5 años un tratamiento injustificado estamos fomentando aún más el estigma, porque ese enfermo se pigmenta más.

#### **DRA. MARIA ALVARENGA. PARAGUAY.**

De acuerdo con lo que dice la Dra., María da Graça, pero debe estar en las normas de la OPS.

#### **DRA. MARIA DA GRAÇA CUNHA. BRASIL**

Esta establecido en normas del programa de lepra del Brasil, en un acápite que se puede prolongar tratamiento de 12 a 24 meses, si la carga bacilar es muy alta. Hay esa flexibilidad.

#### **DR. R.M MANOHAR.BARBADOS.**

Ha sido una reunión interesante, con información muy importante. Se deben corregir algunas direcciones de correo. La invitación en relación al congreso mundial, solo llega a países donde la carga de casos de lepra es grande. Debería hacerse llegar a todos los países del Caribe para tener la oportunidad de asistir.

#### **DRA. INES LEDESMA. ECUADOR.**

Ha sido bueno trabajar con personas que conocen mucho sobre el tema. Se debe incrementar el trabajo con la comunidad, especialmente en mi país, como el trabajo que se viene haciendo en Colombia.

#### **DR. KUMAR SUNDARANEEDI TRINIDAD Y TOBAGO.**

En nombre de Trinidad y Tobago, y los países del Caribe, deseo expresar que esta reunión ha sido muy motivante. He podido observar diferentes problemas en cuanto a incidencias de casos de lepra, nuestras condiciones son diferentes. Vamos a comenzar a trabajar en las capacitaciones con los trabajadores de la salud., Voy a compartir todo lo aprendido aquí en mi país.

### **SESION 11. CIERRE DE LA REUNION**

#### **PRESENTACION Y DISCUSION DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES DE LA REUNION.**

#### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES DE LA REUNIÓN:**

1. En el 2do día se dio un trabajo de planes de trabajo, con matrices con líneas de acción, era un trabajo preliminar, y fue distribuido, debe ser una

recomendación, dar una continuidad a esos planes de trabajo, y nosotros le demos un seguimiento a los mismos.

2. En evaluación, manejo y prevención de la discapacidad. y en eliminación del estigma y la discriminación. Otros temas de interés incluyen detección de casos, diagnóstico y manejo de complicaciones, rehabilitación basada en la comunidad y baciloscopia, tanto en su uso, su interpretación, sus técnicas y su aplicación en los programas de lepra y en la clínica.
3. Otra conclusión es que hay un interés en ampliar la vigilancia de la resistencia a la quimioterapia, con la ayuda de los centros colaboradores, para capacitación y control de calidad.
4. Otro punto común son los desafíos de establecer alianzas estratégicas con nuestros socios como ILEP, la Fundación Nippon,, DAHW y ALM.
5. Otra recomendación general es establecer una agenda de necesidades de investigación para contribuir a la eliminación. Para ello hay posibilidades de cooperación con la OPS / OMS y sus centros colaboradores centrados en Brasil.
6. Es importante incentivar la cooperación general entre países, a través por ejemplo de los TCC, que es una herramienta de financiación que tiene la OPS para actividades de cooperación entre países.
7. Finalmente de la sesión de hoy podemos concluir que es necesario pensar en acciones innovadoras e integración con otros programas como los de enfermedades infecciosas desatendidas.

## CLAUSURA

# ANEXOS

# ANEXO # 1

## AGENDA DEL EVENTO

*Reunión Regional de Directores de Programas de Eliminación de Lepra de los países de América Latina y el Caribe*

*Guayaquil, Ecuador, 26 a 30 de agosto de 2013*

**Organizada por el Programa Regional de Lepra y el Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas de la OPS**

**Objetivo:** Analizar y discutir el estado actual, los avances y dificultades de los países hacia el logro de la meta de eliminación de la lepra a primer nivel sub-nacional, acordada por los Estados Miembros mediante la Resolución CD49.R19 de octubre de 2009, así como hacia el logro de los objetivos establecidos en la Estrategia Global de Lepra 2011-2015 de OMS de reducir aún más la carga de enfermedad y asegurar la provisión oportuna de servicios de calidad para todas las comunidades afectadas.

## AGENDA

### **Día 1: SITUACIÓN ACTUAL DE LA LEPRA, PROGRESO Y DESAFÍOS HACIA EL LOGRO DE LAS METAS GLOBALES Y REGIONALES**

#### **APERTURA**

**8:30-9:00 a.m.**

**Inscripciones.**

**9:00-9:30 a.m.**

**Bienvenida e instalación de la Reunión**

Autoridades Ministerio de Salud de Ecuador

Representante OPS OMS en Ecuador

Sumana Barua, Director, Programa

Mundial de Lepra, OMS  
Hiroe Soyagimi y Yuko Tani,  
Representantes TNF/SMHF  
Jim Oehrig, ALM / ILEP

**9:30-9:45 a.m.**

Presentaciones de los participantes.

**9:45-10:00 a.m.**

**Presentación de objetivos y de la agenda de la reunión**

Santiago Nicholls y Martha Idalí Saboyá, OPS/OMS

**10:00-10:15 a.m.**

Fotografía del Grupo.

**10:15-10:30 a.m.**

Café

**SESIÓN 1. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA MUNDIAL Y REGIONAL**

**10:30-11:15 a.m.**

**Situación de la lepra en las Américas, 2012**

Santiago Nicholls y Martha Idalí Saboyá, OPS

**12:00-12:30 p.m.**

**Lepra en Brasil**

Rosa Castalia Soares, Ministerio de Salud de Brasil

**12:30-1:00 p.m.**

Preguntas y discusión.

**1:00-2:00 p.m.**

Almuerzo.

## **SESIÓN 2. ESTRATEGIA MUNDIAL MEJORADA PARA UNA MAYOR REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDAD DEBIDA A LA LEPROA (2011-2015): AVANCES Y SITUACIÓN ACTUAL**

**2:00-2:30 p.m.**

**Presentación de la estrategia y de los avances a mitad de período hacia su implementación y logro de sus objetivos.**

Sumana Barua, Director, Programa Mundial de Lepra, OMS

**2:30-2:45 p.m.**

**Desafíos hacia el logro de los objetivos de la estrategia desde la perspectiva de las ONG**

Jim Oehrig, ALM / ILEP

**2:45-3:00 p.m.**

Preguntas y discusión.

**3:00-4:00 p.m.**

**Trabajo en grupo:**

Cada mesa de trabajo escribirá tres desafíos y tres acciones para superarlos en el cumplimiento del logro de los objetivos de la estrategia global .

**4:00-4:15p.m.**

Café.

**4:15-5:30 p.m.**

**Discusión abierta:**

Desafíos hacia la implementación y logros de los objetivos de la estrategia mundial mejorada en las Américas.

## **DÍA 2: PLAN DE TRABAJO DE LOS PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS PARA ENFRENTAR LOS RETOS EN LA ELIMINACIÓN DE LA LEPROA**

**8:30–9:00 a.m.**

**Conclusiones y recomendaciones del Día 1 (Situación actual de la lepra, desafíos y progresos hacia las metas globales y regionales)**

**Santiago Nicholls, OPS**

### **Sesión 3. PLAN DE TRABAJO DE LOS PAÍSES: ABORDANDO LOS DESAFÍOS REGIONALES.**

**9:00-12:30 m**

**Trabajo en grupos: Planes de trabajo de los países de las Américas para enfrentar los retos en la eliminación de la lepra**

Los países y participantes (ONG's, socios) de la reunión se dividirán en tres grupos:

1. Países con alta carga de enfermedad: 100 o más casos nuevos anuales;
2. Países hispano-parlantes con baja carga de enfermedad
3. Países de habla Inglesa, Francesa y Holandesa con baja carga de la enfermedad.

**12:30 p.m .- 1:30 p.m.**

Almuerzo.

**1:30 – 2:30 p.m.**

Consolidación de la relatoría de cada grupo.

**2:30 – 3:00 p.m.**

**Presentación de resultados del Grupo # 1.**

**Preguntas y discusión Grupo # 1.**

**3:00 – 3:30 p.m.**

**Presentación de resultados del Grupo # 2.**

**Preguntas y discusión Grupo # 2.**

**4:30 – 5:00 p.m.**

**Presentación de resultados del Grupo # 3.**

**5:00-5:30 p.m.**

**Preguntas y discusión del Grupo # 3.**

### **Día 3. ELIMINACIÓN DE ESTIGMATIZACIÓN Y LA DISCRIMINACIÓN DE LOS PACIENTES AFECTADOS POR LEPROSA Y DE SUS FAMILIARES; PREVENCIÓN, MANEJO Y REDUCCIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

**8:30 – 9:00 a.m.**

Conclusiones y recomendaciones del día anterior (Plan de trabajo de los países de la Región de las Américas para enfrentar los retos regionales en la eliminación de la lepra)

Martha Idalí Saboyá, OPS

### **SESIÓN 4. ELIMINACIÓN DE LA ESTIGMATIZACIÓN Y DE LA DISCRIMINACIÓN DE LOS PACIENTES AFECTADOS POR LEPROSA Y DE SUS FAMILIARES**

**9:00-9:30 a.m.**

**Lineamientos y avances a nivel global**

Sumana Barua, Director, Programa Mundial de Lepra, OMS

**9:30-9:45 a.m.**

Perspectivas desde The Nippon Foundation / Sasakawa Memorial Health Foundation

**9:45-10:00 a.m.**

Perspectiva desde DAHW

**10:00-10:15 a.m.**

Experiencia reciente de Brasil  
Delegado del Ministerio de Salud de Brasil .

**10:15-10:30 a.m.**

Café

**10:30-11:30 a.m.**

Discusión general: ¿Cómo avanzar hacia la eliminación de la estigmatización y de la discriminación de los pacientes afectados por lepra y de sus familiares en las Américas?

## **SESIÓN 5. PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD.**

**11:30-12:00 p.m.**

Experiencia de American Leprosy Mission  
Jim Oehrig ALM /ILEP

**12:00-12:30 p.m.**

Experiencia en Brasil.

**12:30-1:00 p.m.**

Discusion General.

**1:00-2:00 p.m.**

Almuerzo.

## **SESIÓN 6. DESAFÍOS EN LA REGIÓN PARA ALCANZAR LA META DE REDUCCIÓN DE LA DISCAPACIDAD.**

**2:00-3:30 p.m.**

Trabajo en grupos:

¿Cuáles son los retos y las alternativas de solución para abordar la reducción de la discapacidad por lepra? Diagnóstico precoz, evaluación, manejo, rehabilitación.

**3:30-4:00 p.m.**

Consolidado de resultados del trabajo en Grupos.

**4:00-4:20 p.m.**

Café.

**4:20-5:30 p.m.**

Presentación y discusión de los resultados del trabajo por cada grupo

**5:30-6:00 p.m.**

### **SESIÓN ESPECIAL:**

POSICIÓN DE OMS SOBRE EL USO DE LA TALIDOMIDA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS REACCIONES LEPRÓTICAS

SANTIAGO NICHOLLS, OPS

### **DÍA 4. CENTROS COLABORADORES DE OMS, VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LA PQT Y NECESIDADES Y PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN EN LEPRA**

**8:30-9:00 a.m.**

Conclusiones y recomendaciones del día anterior (eliminación de la estigmatización y de la discriminación, prevención y reducción de la discapacidad por lepra )

Martha Idalí Saboyá, OPS.

## **SESIÓN 7. CENTROS COLABORADORES DE OMS PARA LA ELIMINACIÓN DE LA LEPRO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE .**

### **PAPEL DE LOS CENTROS COLABORADORES DE OMS EN APOYO AL PROGRAMA REGIONAL Y A LOS PROGRAMAS NACIONALES DE ELIMINACIÓN DE LA LEPRO EN LAS AMÉRICAS .**

**9:00-9:15 a.m.**

Introducción

Dr. Santiago Nicholls, OPS.

**9:15-9:45 a.m.**

Instituto Lauro de Souza Lima: Actividades de asistencia, investigación y capacitación; posibilidades de apoyo al Programa Regional y a los Programas Nacionales de Eliminación de Lepra

Marcos Virmond, Director ILSL

**9:45-10:15 a.m.**

Fundación de Dermatología y Venereologia Alfredo da Matta (FUAM): Actividades de asistencia, investigación y capacitación; posibilidades de apoyo al Programa Regional y a los Programas Nacionales de Eliminación de Lepra.

Maria da Graça Cunha

**10:15-11:15 a.m.**

Mesa Redonda: Necesidades de los Programas Nacionales de Eliminación de Lepra y posibilidades de apoyo por parte de los Centros Colaboradores de OMS a través del Programa Regional de Lepra de OPS

Acuerdos y compromisos

**11:15-11:30 a.m.**

Café.

**SESIÓN 8. VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA POLIQUIMIOTERAPIA.**

**11:30-12:00 m.**

Programa Mundial de Vigilancia de la resistencia a los medicamentos utilizados en la poliquimioterapia y situación actual.

Sumana Barua, Director, Programa Mundial de Lepra, OMS

**12:00-1:00 p.m.**

Vigilancia de la resistencia a los medicamentos en Brasil y Colombia

Ministerio de Salud de Brasil (15 min)

Fundación Alfredo da Matta (15 minutos)

Instituto Lauro de Souza Lima (15 minutos)

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (15 minutos)

**1:00-2:00 p.m.**

Almuerzo.

**2:00-3:00 p.m.**

Mesa redonda: Posibilidades de implementar en más países de las Américas la vigilancia de la resistencia a los medicamentos utilizados en la poliquimioterapia

Discusión general

## **SESIÓN 9. NECESIDADES Y PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE ELIMINACIÓN DE LA LEPROS EN LAS AMÉRICAS.**

**3:00-3:30 p.m.**

Prioridades globales para la investigación en Lepra  
Sumana Barua, Director, Programa Mundial de Lepra, OMS

Santiago Nicholls, OPS

**3:30-4:30 p.m.**

Trabajo en grupos: ¿Cuáles son las necesidades y prioridades de investigación en lepra para los países de la Región en apoyo a los programas nacionales de eliminación? Diagnóstico, tratamiento, profilaxis, investigación operativa, etc.

**4:30-4:45 p.m.**

Café.

## **DÍA 5. INNOVACIÓN Y SOSTENIMIENTO DE LOS LOGROS EN LA ELIMINACIÓN DE LA LEPROS EN LAS AMÉRICAS**

**8:30-9:00 a.m.**

Conclusiones y recomendaciones del día anterior (Centros colaboradores de OMS, vigilancia de la resistencia a la PQT, necesidades y prioridades de investigación en lepra) .

Dr. Santiago Nicholls, OPS

## **SESIÓN 10. ACCIONES INNOVADORAS E INTEGRACIÓN DE ACCIONES CON LAS EID PARA MANTENER LOS LOGROS**

**9:00 – 9:30 a.m.**

Búsqueda y detección activa de casos integrada a desparasitación masiva en niños en edad escolar: Experiencia de la campaña realizada en Brasil en 2013.

Delegado Ministerio de Salud de Brasil

**9:30-11:00 a.m.**

Mesa Redonda: Estrategias para innovar en la detección de casos, para la protección de logros en la post-eliminación de la lepra y para la integración de acciones en los planes de acción de Enfermedades Infecciosas Desatendidas

**11:00-11:15 a.m.**

Café

**11:15-11:45 a.m**

Resumen de la Reunión Cumbre realizada en Bangkok, Tailandia y presentación de Declaración de Bangkok, Julio de 2013.

Primeros pasos y propuestas iniciales para la formulación de la Estrategia Mundial 2016-2020

Sumana Barua, Director, Programa Mundial de Lepra, OMS

**11:45-12:00 m.**

Discusión

## **SESIÓN 11. CIERRE DE LA REUNIÓN**

**12:00-1:00 p.m.**

Presentación y discusión de conclusiones y recomendaciones generales de la reunión.

**1:00 p.m.**

## CLAUSURA

Sumana Barua, Director, Programa Mundial de Lepra, OMS  
Santiago Nicholls, OPS

**1:30 p.m.**

Almuerzo

**ANEXO # 2**

**PLANES DE TRABAJO DE LOS PAÍSES DE LAS AMÉRICAS PARA ENFRENTAR  
LOS RETOS EN LA ELIMINACIÓN DE LA LEPROA.**

**ARGENTINA**

<b>Líneas de acción</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsabilidad</b>	<b>Apoyo requerido</b>	
<b>• Programáticas</b>				<b>OPS</b>	<b>Socios y centros colaboradores</b>
Vigilancia epidemiológica (a)	Implementación del sistema de vigilancia epidemiológica a partir de la capacitación de sus actores	1 año	Responsables provinciales	Ayuda para la realización de encuentros de capacitación, capacitación virtual	Ayuda para la realización de encuentros de capacitación, capacitación virtual
	fortalecimiento - equipamiento de cada uno de los sectores involucrados.	10 meses	Responsables provinciales	compra de insumos para acceder al sistema de vigilancia. (Computadoras, instalación de red, etc.).	compra de insumos para acceder al sistema de vigilancia. (Computadoras, instalación de red, etc.).
	monitoreo y supervisión de los indicadores del sistema de vigilancia	6 meses	Responsables Nacionales.	Ayuda para mantener personal capacitado para la tarea. Fortalecimiento informático.	Ayuda para mantener personal capacitado para la tarea. Fortalecimiento informático.
Calidad de los	Capacidad y	6 meses	Responsables	Ayuda	Ayuda

servicios de salud en lepra (b)	entrenamiento de los trabajadores de la salud		Nacionales y Provinciales	financiera para acciones regulares de entrenamiento y actualización de los trabajadores de la salud	financiera para acciones regulares de entrenamiento y actualización de los trabajadores de la salud
	Supervisión de la red de prestación de servicios, a través de la designación de un responsable por provincia que recorra y analice los servicios	6 meses	Responsables Nacionales y Provinciales	Ayuda para la movilización de los responsables de analizar los servicios prestacionales.	Ayuda para la movilización de los responsables de analizar los servicios prestacionales.
	Implementar red de laboratorios en Lepra	4 meses	Responsables Nacionales y Provinciales	Ayuda para el equipamiento de los diferentes laboratorios .	Ayuda para el equipamiento de los diferentes laboratorios.
<b>• Transversales</b>					
Eliminación de estigmatización y discriminación	Trabajar con las personas afectadas por la lepra para identificar las actitudes negativas, creencias y prácticas que son negativas y sistematizar esta información, a través de la realización de	10 meses	Trabajadores sociales nacionales y provinciales	Ayuda económica para realizar las entrevistas y garantice un estímulo económico para los entrevistados.	Ayuda económica para realizar las entrevistas y garantice un estímulo económico para los entrevistados

	entrevistas				
	Campañas de difusión para la población general	5 meses	Responsables nacionales	Ayuda económica para la realización del material a difundir	Ayuda económica para la realización del material a difundir
	Trabajar en alianzas para promover el ajuste o abolición de las leyes que implican discriminación, con otros organismos nacionales y/o provinciales que trabajen en cuestiones de discriminación	6 meses	Organismos nacionales y/o provinciales representativos	Ayuda en la realización de alianzas entre los diferentes sectores.	Ayuda en la realización de alianzas entre los diferentes sectores.
Equidad y Género	Trabajar con los individuos y organizaciones que representan a las personas afectadas por la lepra, para educar sobre los derechos humanos a las personas	6 meses	Trabajadores sociales nacionales y provinciales	Estimulo económico para los coordinadores de grupo.	Estimulo económico para los coordinadores de grupo.
	Incentivar a las personas para que ayuden a identificar y rectificar las violaciones a los derechos humanos, a través de campañas de difusión	4 meses	Responsables nacionales y provinciales	Ayuda para la realización del material de difusión	Ayuda para la realización del material de difusión
	Desarrollar y	6 meses	Responsables	Ayuda para	Ayuda

	fortalecer grupos de apoyo a través de la creación de foros, encuentros entre pacientes y familiares.		provinciales	la realización de encuentros entre pacientes y familiares	para la realización de encuentros entre pacientes y familiares
Rehabilitación basada en la comunidad	La provisión de múltiples puntos de acceso y oportunidades más equitativas para usar los servicios a través de la priorización de turnos en los efectores	1 año.	Referentes Nacionales y provinciales.	Apoyo para lograr la realización de acuerdos entre los diferentes efectores	Apoyo para lograr la realización de acuerdos entre los diferentes efectores
	La promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad a través de campañas de difusión	4 meses	referentes nacionales y provinciales	Ayuda para la realización del material de difusión	Ayuda para la realización del material de difusión
	Integración de las personas afectadas por discapacidad a los programas ya establecidos para la rehabilitación.	4 meses	Representantes Nacionales y provinciales de los diferentes programas intervinientes	Apoyo para la realización de acuerdos entre los diferentes programas.	Apoyo para la realización de acuerdos entre los diferentes programas.
Educación y sensibilización de la comunidad	Identificar e involucrar grupos representativos para la comunidad para que integren el tema de lepra en sus acciones	6 meses	Referentes Nacionales	Apoyo para involucrar a grupos sociales representativos	Apoyo para involucrar a grupos sociales representativos

	de sensibilización de la comunidad.				
	Identificar las formas más útiles de distribuir mensajes, y diseño de mensajes principales	4 meses	Agentes de prensa nacionales y provinciales	Apoyo para articular el trabajo entre los técnicos y personal de prensa	Apoyo para articular el trabajo entre los técnicos y personal de prensa
	Desarrollar criterios para medir éxito,	6 meses	Referentes Nacionales y Provinciales	Apoyo técnico para la realización de indicadores para medir éxito de las iniciativas realizadas.	Apoyo técnico para la realización de indicadores para medir éxito de las iniciativas realizadas .
Rol de las personas afectadas por la lepra en los servicios de lepra	Involucrar a los pacientes con lepra que estén interesados a realizar charlas con otros pacientes con lepra recientemente diagnosticados	6 meses	Referentes provinciales	Apoyo técnico y financiero para llevar adelante los encuentros	Apoyo técnico y financiero para llevar adelante los encuentros
	Incentivar la inclusión de la familia del paciente en la consulta; a través de la sensibilización del personal de salud de su importancia.	5 meses	Referentes Provinciales	Apoyo para la realización de la sensibilización del personal de salud, a través de cursos virtuales	Apoyo para la realización de la sensibilización del personal de salud, a través de cursos virtuales

				y/o presenciales	y/o presencial es.
	Generar la participación del paciente con lepra en las actividades de los centros de atención, a través de mostrarle al paciente las diferentes ofertas de los centros asistenciales para que este se sienta estimulado a realizarlas y participar en ellas.	1 año	Referentes provinciales	Apoyo para ampliar las ofertas de los centros asistenciales para los pacientes.	Apoyo para ampliar las ofertas de los centros asistenciales para los pacientes.

## BARBADOS

Lines of action	Activities	Timeline	Responsibility	Support required	
I.	Programmatic			PAHO	Partners and Collaboratin

					<b>g Centers</b>
Public Health Surveillance (a)	Health Education of Community Health Care workers	12 months	MoH ( To be integrated with TB programme)	Training/Funding	HE materials
Quality of healthcare services (b)	Active Case finding among immigrant population & Dermatology clinics with suspected clients.  Specialist Management care in Secondary HC Institution	On Going	MOH (Dermatologists & other doctors)	PAHO	Folders/ HE Materials
<b>II. Cross Cutting</b>					
Elimination of stigma and discrimination	HE by MoH	On Going	MoH MoAG Mo SC	Training/Funding	PAHO-Training materials

Equity and gender	Sensitization by MoH	On Going	MoH MoAG Mo SC	Training/Funding	PAHO
Community-based rehabilitation	Sensitization by MoH	On Going	MoH	Training/Funding	PAHO
Community awareness and education:	Sensitization by MoH	On Going	MoH	Training/Funding	PAHO
Role of people affected by leprosy in leprosy services	Educate through Health Education reg Clients rights and access to health care services	On Going	MoH	Training/Funding	PAHO education materials

## BELICE

Lines of action	Activities	Timeline	Responsibility	Support required	
<b>III. Programmatic</b>				<b>PAHO</b>	<b>Partners and Collaborating Centers</b>

Public Health Surveillance (a)	Health Education of Community Health Care workers	12 months	MoH ( To be integrated with TB programme)	Training/Funding	HE materials
Quality of healthcare services (b)	Active Case finding among immigrant population & Dermatology clinics with suspected clients.  Specialist Management care in Secondary HC Institution	On Going	MOH (Dermatologists & other doctors)	PAHO	Folders/ HE Materials
<b>IV. Cross Cutting</b>					
Elimination of stigma and discrimination	HE by MoH	On Going	MoH MoAG Mo SC	Training/Funding	PAHO- Training materials
Equity and gender	Sensitization by MoH	On Going	MoH	Training/Funding	PAHO

			MoAG Mo SC		
Community-based rehabilitation	Sensitization by MoH	On Going	MoH	Training/Funding	PAHO
Community awareness and education:	Sensitization by MoH	On Going	MoH	Training /Funding	PAHO
Role of people affected by leprosy in leprosy services	Educate through Health Education reg Clients rights and access to health care services	On Going	MoH	Training/ Funding	PAHO education materials

## BOLIVIA

Líneas de acción	Actividades	Tiempo	Responsabilidad	Apoyo requerido	
<b>I. Programáticas</b>				<b>OPS</b>	<b>Socios y centros</b>

					<b>colaboradores</b>
Vigilancia epidemiológica (a)	Realizar ficha epidemiológica única	4 meses	Responsables de programa Regional y nacional	X	X
	Observación de pacientes con el tratamiento terminado	1 año	Responsables de programa Regional y nacional	X	X
	Recopilación de datos en pacientes positivos para pesquisa familiar y su alrededor vecinal		Responsables de programa Regional y nacional	X	
	Supervisión continua de calidad, de actividades y gestión para la detección de pacientes con Lepra	3 días por regional	Responsables de programa Regional y nacional		
	Implementar centros centinela en zonas de mayor endemia regional, para tener una acción inmediata	permanente	Responsables subregionales		
Calidad de los servicios de salud en lepra (b)	Capacitación y actualización continua al personal de salud para el diagnóstico y tratamiento de la Lepra	6 días para cada regional	Responsables de programa Regional y nacional, especialistas dermatólogos	X	X
	Capacitación, actualización y fortalecimiento en los insumos, reactivos y equipamiento en	6 días para cada regional	Responsables de programa Regional y nacional, especialistas Bioquímicos y	X	X

	la parte laboratorial.		laboratorio clínicos		
	Apoyo integral para evaluación en discapacidad para mejorar calidad de vida de pacientes con lepra.	permanente	Responsables de programa Sub regional, Regional y nacional, especialistas Bioquímicos y laboratorio clínicos	X	X
<b>I. Transversales</b>					
Eliminación de estigmatización y discriminación	Trabajo integral, ministerial e interministerial, sectorial, intersectorial en el conocimiento, capacitación y actualización de la lepra	Continuo	Responsables de programa Sub regional, Regional y nacional, especialistas en lepra	X	X
	Apoyo Psicológico a los pacientes y familiares	Continuo	Responsables de programa Sub regional, Regional y nacional, especialistas en Psicología de la lepra	X	X
	Realizar talleres de información de lepra de método sencillo enfatizado para las comunidades	continuo	Responsables de programa Sub regional, Regional y nacional, personal de salud	X	X
	Realizar Spot y cuñas radiales para cada diferente región grupo etario y de fácil comprensión para la eliminación de la	continuo	Gobierno, los Interministeriales, Gobernaciones y Municipales, personal de salud, Responsables de programa Sub regional,	X	

	estigmatización y discriminación		Regional y nacional,		
	Recordar las leyes nacionales e internacionales contra la discriminación, mediante material IEC y comunicación	continuo	Gobierno, los Interministeriales, Gobernaciones y Municipales	X	
Equidad y Género	Entender que esta enfermedad no ve sexo (M,F), por lo que el manejo y trato son de la misma manera	Permanente	En general	XX	X
	Apoyo social, integrando a la comunidad dando trabajo para su calidad de vida.	Permanente	En general	XX	X
	Trabajar con las normas de de discapacidad para ser incluidos en actividades sociales, culturales, etc.	Permanente	En General	X	X
Rehabilitación basada en la comunidad	Hacer entender a la comunidad de manera sencilla y de gran impacto, para el apoyo social de estas personas con Lepra.	permanente	Todo servidor público y privado.		
	Todo servicio público o privado, tenga el conocimiento y lo practique en la infraestructura y el trato con el	Permanente	Todo servidor público y privado.		

	individuo.				
	Apoyarse con instituciones cívicas, sociales, ONG, etc, para la concientización y sensibilización para ser difundidos de manera directa o indirecta para la comunidad.	Permanente	Responsables de programa Sub regional, Regional y nacional.	X	X
Educación y sensibilización de la comunidad	Realizar Spots y cuñas radiales diferenciando el grupo etario pero enfatizado niños y estudiantes de unidades educativas	trimestralmente	Gobierno, los Interministeriales, Gobernaciones y Municipales, personal de salud, Responsables de programa Sub regional, Regional y nacional,	X	
	Realizar manuales sencillos y recreativos para la enseñanza que maneje el profesor y otro diferente para los estudiantes.	permanente	Interministeriales, Gobernaciones y Municipales, Responsables de programa Sub regional, Regional y nacional,	X	
	Realizar talleres de información a las comunidades, grupos civiles y sociales.	Trimestrales	Gobernaciones y Municipales, Responsables de programa Sub regional, Regional y nacional,	X	
Rol de las personas afectadas por la lepra en los servicios de	Acudan permanentemente a los servicios de salud para su respectiva	Coordinación con el médico tratante	El equipo del Personal de salud que asiste al paciente y el mismo paciente	X	X

lepra	revisión médica para prevenir efectos secundarios		si es necesario su familia.		
	Cumplan con el tratamiento y las indicaciones del personal de salud que asiste al paciente, demostrando de manera física el tratamiento que lleva el paciente.	Continuo	El equipo del Personal de salud que asiste al paciente y el mismo paciente si es necesaria su familia.		
	Que al concluir el tratamiento, el paciente no deje de asistir para su respectivo seguimiento y que informe si conoce alguna persona con los mismos síntomas y signos que tenía el paciente	Por lo menos semestralmente	El equipo del Personal de salud que asiste al paciente .		

## BRASIL

Líneas de acción	Actividades	Tiempo	Responsabilidad	Apoyo requerido	
<b>II. Programáticas</b>				<b>OPS</b>	<b>Socios y centros colaboradores</b>
Vigilancia epidemiológica (a)	Intensificar búsqueda activa de casos nuevos	01 año	Ministerio de la Salud y Secretarías Estaduales e Municipales de Salud, com apoyo	x	X

			de CONASEMS		
	Intensificar exámenes de conctatos	01 año	Ministerio de la Salud y Secretarias Estaduales e Municipales de Salud com apoyo de CONASEMS	x	X
	Realizar ejercicio LEM anualmente	01 año	Ministerio de la Salud, Centros Colaboradores y OPS/OMS	x	X
Calidad de los servicios de salud en lepra (b)	Ampliar oferta de entrenamieto de los equipos de salud da familia	01 año	Ministerio de la Salud, Centros Colaboradores y Secretarias Estaduales e Municipales de Salud, com apoyo de CONASEMS	x	X
	Implementar minitoreo de distribución de PQT	06 meses	Ministerio de la Salud y OPS/OMS	x	
	Pactuar ampliación de oferta de servicios de salud en lepra e otras endermedades desatendidas con los gestores como exigencia para repase financiero	06 meses	Ministerio de la Salud y Secretarias Estaduales e Municipales de Salud por medio de CONASS y CONASEMS		
<b>II. Transversales</b>					
Eliminación de estigmatización y discriminación	Garantizar el cumplimiento de las leyes brasileñas a favor da la eliminación de estigmatización y discriminación	01 año	Ministerio de la salud, Secretaria de Derechos Humanos, Estados e Municípios y Movimientos Sociales		

	Mantener el apoyo que siempre se ofertó al movimiento social	01 año	Ministerio de la salud, Secretaria de Derechos Humanos y Movimientos Sociales	x	
	Ampliar para otros estados el proyecto de generación de renta, siguiendo el ejemplo del Estado de Paraíba, apoyado en 2011-2012 por ILEP	01 año	Ministerio de la salud, ILEP, OPS/OMS, Estados e Municipios y Movimientos Sociales	x	x
Equidad y Género	Ampliar para otros estados el proyecto de generación de renta, a ejemplo del Estado de Paraíba, apoyado en 2011-2012 por ILEP, con foco en las actividades para las mujeres	01 año	Ministerio de la salud, ILEP, OPS/OMS, Estados e Municipios y Movimientos Sociales	x	x
	Incluir el tema de la lepra en la política de atención a salud de las mujeres en las áreas endémicas	06 meses	Ministerio de la Salud, CONASS y CONASEMS		
	Apoyar iniciativa de la asociación GAMAH, de generación de renta para mujeres afectadas por la lepra	01 año	Ministerio de la Salud y OPS/OMS - SMHF	x	X

Rehabilitación basada en la comunidad	Promover sensibilización y entrenamiento de agentes comunitarios de salud de áreas con más casos de GII de discapacidad para aplicar técnicas adaptadas de CBR	01 año	Ministerio de la Salud, OPS/OMS – SMHF y Movimientos Sociales	x	X
	Mantener las asesorías em PIR en los Estados más endémicos en parceria con ILEP	01 año	Ministerio de la Salud, ILEP y Estados y Minucipios		
	Intensificar el monitoreo de grado de discapacidad en los estados más endémicos	01 año	Ministerio de la Salud, CONASS y CONASEMS		X
Educación y sensibilización de la comunidad	EAD para profesionales de salud	06 meses	Ministerio de la Salud y OPS	x	X
	Realizar movilización en el Día Mundial de la Lepra	Enero 2014	Ministerio de la Salud y OPS	x	X
	Realizar campañas combinadas en 2014 ampliadas para todos los municipios.	1 año	Ministerio de la Salud, OPS/OMS, CONASS y CONASEMS	x	x
Rol de las personas afectadas por la lepra en los servicios de lepra	Mantener la transparencia de actividades y el plan a las personas afectadas por la lepra por medio	01 año	Ministerio de la Salud y Movimientos sociales		x

	de los movimientos sociales				
	Incentivar la participación de las personas afectadas por la lepra en las actividades de la campaña	01 año	Ministerio de la Salud, Movimientos Sociales, Estados y Municipio	x	x
	Mantener la participación de representantes de las personas afectadas por la lepra en los eventos realizados	01 año	Ministerio de la Salud, Movimientos Sociales, Estados y Municipio	x	x

## CUBA

Líneas de acción	Actividades	Tiempo	Responsabilidad	Apoyo requerido	
<b>CUBA</b>					
<b>III. Programáticas</b>				<b>OPS</b>	<b>Socios y centros colaboradores</b>
Vigilancia epidemiológica (a)	Perfeccionar el registro de <b>“Sospechosos de Lepra”</b> como una herramienta de utilidad para	Permanente	Jefes de programa provinciales		MINSAP

	incrementar la sensibilidad del sistema de detección de casos.				
	Continuar el enfoque de riesgo en los territorios utilizando como referencia la estratificación en Lepra.	Cada año	Jefes de programa provinciales		MINSAP
	Permanente	Jefes de programa provinciales		MINSAP	
Calidad de los servicios de salud en lepra (b)	Fortalecimiento de los Grupos Técnicos Asesores provinciales como sistema de trabajo	Permanente	Jefes de programa provinciales		MINSAP
	Mantener la discusión obligatoria de cada diagnóstico de lepra en los Grupos Básicos de Trabajo con la participación directa del Dermatólogo y Jefe del Programa como parte del proceso Docente Educativo y en el caso de los diagnósticos tardíos,	Permanente	Jefes de programa provinciales		MINSAP

	además, con las especialidades en los servicios implicados				
	Discusión en la Comisión Técnica Nacional de los casos de Recidiva	Permanente	Director Programa Nacional de Lepra		MINSAP
	Discusión en Hospital Pediátrico de Referencia de Lepra todos los casos de Lepra Infantil	Permanente	Director Programa Nacional de Lepra		MINSAP
	Identificación estratificada de las causas de tiempo-demora en el diagnóstico de Lepra	Permanente	Director Programa Nacional de Lepra  Jefes de programa provinciales		MINSAP
	Identificar oportunamente a los pacientes en riesgo de padecer discapacidad y rehabilitar a los ya discapacitados	Permanente	Director Programa Nacional de Lepra  Jefes de programa provinciales		MINSAP

<b>III. Transversales</b>					
Eliminación de estigmatización y discriminación	Consejería a familiares y pacientes	Permanente	Jefes de programa provinciales		MINSAP
	Sensibilización sobre la enfermedad a la comunidad con énfasis en las áreas geográficas más afectadas	Permanente	Jefes de programa provinciales		MINSAP
	Ofrecer oportunidades de trabajo teniendo en cuenta las limitaciones de cada paciente	Permanente	Jefes de programa provinciales		MINSAP MTSS
Equidad y Género	Mantener las garantías de acceso nacional y gratuito de los pacientes y familiares a todos los servicios de atención en Lepra	Permanente	Jefes de programa provinciales		MINSAP
Rehabilitación basada en la comunidad	Los servicios de rehabilitación				

	aunque no son específicos para Lepra están a nivel de la APS				
	Promover medidas de autocuidado	Permanente	Jefes de programa provinciales		MINSAP
Educación y sensibilización de la comunidad	Elaboración de materiales educativos que reflejen las tres verdades de la Lepra	Un año	Jefes de programa provinciales	OPS	MINSAP
	Mensajes educativos a través de la radio y la TV	Permanente	Jefes de programa provinciales		MINSAP ICRT
	Involucrar a la población en la vigilancia de Lepra.	Permanente	Jefes de programa provinciales		MINSAP
Rol de las personas afectadas por la lepra en los servicios de lepra	Fomentar grupos de autoapoyo y ayuda mutua	Permanente	Jefes de programa provinciales		MINSAP
	Incorporación de las personas con lepra a las acciones de promoción de salud	Permanente	Jefes de programa provinciales		MINSAP

**COSTA RICA**

Línea de acción	Actividad	tiempo	Responsabilidad	Apoyo requerido
1. Programáticas				
Vigilancia epidemiológica (a)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitación en análisis de cohorte e indicadores de lepra para dermatólogos y encargados de vigilancia</li> <li>2. Estudio de prevalencia oculta en contactos</li> <li>3. Mapeo de los casos y contactos</li> </ol>	<p>Primer semestre 2014</p> <p>Primer semestre 2014</p> <p>Segundo semestre 2014 2015</p>	<p>MS CCSS</p> <p>MS CCSS</p> <p>MS CCSS</p>	OPS
Calidad de los servicios de salud en lepra (b)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar tres talleres de capacitación al personal de salud y epidemiólogos sobre aspectos clínicos de la Lepra para mejorar la detección temprana</li> <li>2. Implementar en los servicios de salud el examen clínico de contactos</li> </ol>	2014	<p>CCSS MS</p> <p>CCSS</p>	OPS

	3. Incluir al dermatólogo en la atención integral de los casos		MS CCSS MS	
Eliminación de estigmatización y discriminación	1. Sensibilizar a los trabajadores de la salud y a la comunidad sobre aspectos 2. Incluir la participación de las municipalidades para eliminar el estigma en la comunidad		CCSS MS Municipalidad CCSS MS	OPS OPS
Prevención y manejo de la rehabilitación de la discapacidad	1. Asegurar la evaluación de la discapacidad en todos los casos		CCSS MS	

## DOMINICA

<p>Calidad de los servicios de salud en lepra (b)</p>	<p>4. Realizar tres talleres de capacitación al personal de salud y epidemiólogos sobre aspectos clínicos de la Lepra para mejorar la detección temprana 5. Implementar en los servicios de salud el examen clínico de contactos 6. Incluir al dermatólogo en la atención integral de los casos</p>	<p>2014</p>	<p>CCSS MS  CCSS MS  CCSS MS</p>	<p>OPS</p>
<p>Eliminación de estigmatización y discriminación</p>	<p>3. Sensibilizar a los trabajadores de la salud y a la comunidad sobre aspectos 4. Incluir la participación de las municipalidades para eliminar el estigma en la comunidad</p>		<p>CCSS MS  Municipalidad CCSS MS</p>	<p>OPS  OPS</p>
<p>Prevención y manejo de la rehabilitación de la discapacidad</p>	<p>2. Asegurar la evaluación de la discapacidad en todos los casos</p>		<p>CCSS MS</p>	

## ECUADOR

Líneas de acción	Actividades	Tiempo	Responsabilidad	Apoyo requerido	
<b>IV. Programáticas</b>				<b>OPS</b>	<b>Socios y centros colaboradores</b>
Vigilancia epidemiológica (a)	Actualización de datos del sistema de información clínico y de laboratorio	Ultimo trimestre del 2013	Equipos de Programas de Lepra zonales y distritales del MSP	Cooperación Técnica y logística	
	Estratificación de casos e identificación de zonas de riesgo	Ultimo trimestre 2013	Equipos del Programa de Lepra :zonales y distritales del MSP	Cooperación técnica y logística	
	Capacitación Al personal sobre el sistema de información a toda la red del MSP ,incluyendo laboratorio	Primera semana de Diciembre del 2013	El Nivel Nacional	Cooperación Técnica y Logística	
Calidad de los servicios de salud en lepra (b)	Programación de recursos para diagnóstico, tratamiento, educación e	Diciembre 2013	Programa del Nivel Nacional del MSP	Cooperación Técnica	

	información				
	Capacitación continua al personal para diagnóstico tratamiento, manejo de estados reaccionales, prevención y rehabilitación de discapacidades, incluyendo cursos virtuales	Abril y mayo del 2014	El nivel Nacional, zonal y distrital	Cooperación Técnica	Cooperación Técnica
	Gestión de recursos para ejecución del plan ante el MSP, donantes y cooperantes	Noviembre 2013	Nivel Nacional, Zonal y Distrital	Cooperación Técnica	Cooperación Técnica
<b>IV. Transversales</b>					
Eliminación de estigmatización y discriminación	Elaboración de un plan de sensibilización al personal de salud con participación interdisciplinaria y la comunidad	Noviembre 2013	Nivel Nacional, Zonal y Distrital	Cooperación Técnica	
	Ejecución y seguimiento del plan de sensibilización	Junio 2014	Nivel Nacional Zonal y Distrital	Cooperación Técnica	
	Organización de personas dados de alta	Enero 2013	Nivel Nacional Zonal y Distrital	Cooperación Técnica	

	por curación para incorporarlos a los programas de sensibilización				
Equidad y Género	Investigación biopsicosocial de hombres, mujeres viviendo con Hansen para orientar intervenciones	Julio 2014	Nivel Nacional, Zonal y Distrital	Cooperación Técnica	Cooperación Técnica
	Elaboración de un plan de intervenciones para reducir la brecha de equidad y género en PCH	Febrero 2014 Cooperación	Nivel Nacional, Zonal, Distrital	Cooperación Técnica	Cooperación Técnica
Rehabilitación basada en la comunidad	Diseñar plan de capacitación al personal del MSP sobre RBC	Noviembre 2013	Nivel Nacional, Zonal, Distrital		Cooperación Técnica AYU
	Formulación de planes locales de RBC	Marzo 2014	Nivel Zonal y Distrital	Cooperación Técnica	Cooperación Técnica AYU
	Abogacía para la implantación Del RBC con el MSP, socios y	Mayo 2014	Nivel Nacional	Cooperación Técnica	Cooperación Técnica

	colaboradores				
Educación y sensibilización de la comunidad	Elaboración de un plan ICE con participación del MSP, GADS, PCH,ONG	Diciembre 2013	Nivel Nacional	Cooperación Técnica	
	Gestionar Recursos para el desarrollo del plan de ICE	Febrero 2014	Nivel Nacional	Cooperación Técnica	
	Integración de la comunidad al plan ICE	Julio 2014	Zonal y Distrital		
Rol de las personas afectadas por la lepra en los servicios de lepra	Conocimiento de la enfermedad y sus riesgos	Marzo 2014	Nivel Nacional, Zonal y Distrital	Cooperación Técnica	
	Adherencia al tratamiento y aplicación de medidas de autocuidado	Enero 2014	Nivel Nacional.Zonal,Distrital		Cooperación Técnica
	Asociarse personas con PCH para apoyar las acciones del programa	Marzo 2014	Nivel Nacional, zonal y Distrital	Cooperación Técnica	

## GUATEMALA

Líneas de acción	Actividades	Tiempo	Responsabilidad	Apoyo requerido	
<b>V. Programáticas</b>				<b>OPS</b>	<b>Socios y centros colaboradores</b>
Vigilancia epidemiológica (a)	Elaborar protocolo	6 meses primer semestre 2014	Programa lepra HRG	OPS Experto clínico	Invitar a cooperantes y colaboradores
	Monitoreo de notificación	6 meses Primer semestre 2014	Área de salud programa	OPS Experto técnico	
	Mapeo de detección	6 meses primer semestre 2014	programa	Programa técnico	
Calidad de los servicios de salud en lepra (b)	Red de servicios de salud	6 meses Segundo semestre 2014	Vice ministerio AP	MSPAS Programa	
	Norma-Guía actualizada, detección y tx de casos de lepra	6 meses segundo semestre 2014	HRG PROGRAMA	OPS Experto técnico	
	Capacitación de trabajadores de la salud	6 meses segundo semestre 2014	HRG PROGRAMA	OPS Experto técnico	
	Verificación de la capacidad de los lab clínico en baciloscopia	6 meses Primer semestre del 2014	HRG	OPS microbiólogo	

	Alianza estratégica con los Dermatólogos de los servicios de Salud Pública	6 meses segundo semestre 2014	Vice Hospitales Vice AP Programa	OPS	
<b>V. Transversales</b>					
Eliminación de estigmatización y discriminación	Trabajar con Organizaciones	6 meses Primer semestre 2015	HRG Programa	OPS	
	Identificar y rectificar violaciones a los DDHH	6 meses Primer semestre 2015	Programa PGDH		
Equidad y Género	Desarrollar grupos de apoyo, mutuo de solaridad	6 meses Segundo semestre 2015	Programa		
	Alianzas en abogacía por la igualdad de derechos y oportunidades	6 meses Segundo semestre 2015	Programa PGDH		
	Participación de la mujer en los procesos de toma de decisiones	6 meses Segundo semestre 2015	HRG programa		
Rehabilitación basada en la comunidad	Provisión de puntos de acceso y oportunidades	6 meses Segundo	programa		

	equitativas	o semestr e 2015			
	Promoción y protección de los derechos de personas con discapacidad	6 meses  Segund o semestr e 2015	Programas lepra, discapacidad		
Educación y sensibilización de la comunidad	Identificar e involucrar grupos de la comunidad, en la sensibilización de la comunidad	6 meses  Segund o semestr e 2015	programa		
	Comunicación social, distribuyendo mensajes y diseñándolos	6 meses  Primer semestr e 2014	Programas lepra, comunicación social		
Rol de las personas afectadas por la lepra en los servicios de lepra	Información, educación y comunicación de la enfermedad lepra	6 meses  Segund o semestr e 2015	HRG  Programa		
	Entrenamiento y fortalecimient o de las capacidades	6 meses  Segund o semestr e 2015	HRG  programa		
	Sistemas de referencia	6 meses  Segund o semestr e 2015	HRG  programa		

## GUYANA

Lines of action	Activities	Timeline	Responsibility	Support required	
<b>V. Programmatic</b>				<b>PAHO</b>	<b>Partners and Collaborating Centers</b>
Public Health Surveillance (a)	Updated program guidelines	12 months	Program Director	-Funding assistance  <b>TRAINING OF PROGRAM DIRECTOR</b>	-MOH  Ministry of Finance
	Improved record keeping	Ongoing	-Program Director  -Nurses of the Program	-Educational training for Program Manager and nurses  <b>TRAINING OF PROGRAM DIRECTOR</b>	-MOH- Epidemiological Dept
Quality of healthcare services (b)	Updated guidelines	12 months	Program Director		-Ministry of Health_Rehabilitation and Social Dept
	Training of lab personnel and nursing staff	12 months	-Ministry of Health  -Program Director	-Funding assistance  -Technical assistance  <b>-TRAINING OF PROGRAM DIRECTOR</b>	-Ministry of Health  -Ministry of Finance

	Adequate CMEs	Ongoing	-Ministry of Health -Program Director	Technical assistance	MOH
<b>VI. Cross Cutting</b>					
Elimination of stigma and discrimination	-Training workshops	Twice a year	-Program Director	Funding assistance	-Ministry of Health -Women Empowerment Groups
	-IEC activities in the community		-Ministry of Health		
Equity and gender	Empowerment and support groups	Annually	-Program Director	Funding assistance	-Ministry of Health -Media -Community centers -Private entities
			-Empowered community members		
			-Enlightened doctors and nurses -Media		
Community-based rehabilitation	Creation of multiple access points in the community	Ongoing	-Program Director -Community health workers	<b>TRAINING OF PROGRAM DIRECTOR</b>	Ministry of Health
	Formulation of good rehabilitative program	Ongoing	-Ministry of Health -Rehabilitation and Social Services	Training of Program Directors	Ministry of Health

Community awareness and education:	Support community groups	Ongoing	-Program Director  -Community support groups that includes old/new patients	Funding assistance	Ministry of Health  Ministry of Finance
	Access of community to equitable health care	Ongoing	-Program Director  -Community support groups	Funding assistance	-Media -Ministry of health -Private Sector
Role of people affected by leprosy in leprosy services	Empowerment Programs	Ongoing	-Program Director  -Community support groups		-Ministry of Health -Media -Ministry of Social services

## HONDURAS

Líneas de acción	Actividades	Tiempo	Responsabilidad	Apoyo requerido	
<b>VI. Programáticas</b>				<b>OPS</b>	<b>Socios y centros colaboradores</b>
Vigilancia epidemiológica (a)	<p><b>1.</b> Organización e implementación del sistema de vigilancia a nivel nacional.</p> <p>Hacer la Evaluación del programa nacional de lepra en Honduras (LEM)</p>	Primer Semestre 2014	<p>Vigilancia de la salud de la SS.</p> <p>En coordinación con el programa Nacional de Lepra.</p>	<p><b>1.</b>OPS</p> <p>Consultor o consultora</p> <p>Enviar una persona en avanzada para la fase de planificación.</p>	Identificar socios interesados en apoyar el LEM en Honduras.
	<p><b>2.</b> Elaboración de un protocolo actualizado de vigilancia de la lepra, incluyendo la disponibilidad de los instrumentos de registro de casos y contactos (la ficha o sistema de registro) .</p> <p><b>3.</b> Notificación obligatoria de casos sospechosos y confirmados de lepra.</p> <p><b>4.</b> Mapeo de la detección de casos y la prevalencia a nivel sub-nacional).</p>	Segundo Semestre 2014.	Programa Nacional de Lepra.	<p><b>2.</b>OPS:</p> <p>Facilitar un consultor o consultora</p>	Identificar otros socios interesados en el tema.

	<p><b>5. Vigilancia de los efectos adversos de la PQT.</b></p>	<p>2015</p>	<p>Vigilancia de la Salud.</p> <p>Programa Nacional de Lepra.</p>		
		<p>2015</p>	<p>Programa Nacional de Lepra.</p>		
		<p>Permanente.</p>	<p>Programa Nacional de Lepra.</p>		

Calidad de los servicios de salud en lepra (b)	<p><b>1.</b> actualización para la detección y tratamiento de casos de lepra.</p> <p><b>2.</b> Implementar y evaluar la capacidad y entrenamiento de</p>	2014	<p><b>1.</b> Programa Nacional de Lepra.</p> <p><b>2.</b> Programa Nacional de</p>		<p>1. Fundacion Alfredo De Mata:</p> <p>Capacitar: Dermatopatologa y dermatólogo.</p> <p><b>ILEP:</b></p> <p>Dotación de material educativo Manual para diagnostico diferencial.</p>



		Permanente	5. Personal de las Unidades de salud locales en coordinación con el PNL.		
<b>VI. Transversales</b>					
Eliminación de estigmatización y discriminación	<p><b>1.</b> Trabajar con los individuos y organizaciones que representan a las personas afectadas por la lepra, para educar sobre los derechos humanos a las personas que están sufriendo por la lepra.</p> <p><b>2.</b> Incentivar a las personas para que ayuden a identificar y rectificar las violaciones a los derechos humanos</p>				
Equidad y Género	<p><b>1.</b> Desarrollar y fortalecer grupos de</p>				

	<p>apoyo.</p> <p><b>2.</b> Trabajar en alianzas para hacer abogacía por la igualdad de derechos y oportunidades para hombres y mujeres</p> <p><b>3.</b> Promover la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones y en la entrega de servicios de salud.</p>				
Rehabilitación basada en la comunidad	<p><b>1.</b> La provisión de múltiples puntos de acceso y oportunidades más equitativas para usar los servicios.</p> <p><b>2.</b> La promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad.</p>				
Educación y sensibilización de la comunidad	<p><b>1.</b> Identificar e involucrar grupos específicos de la comunidad para que integren el tema de lepra en sus acciones de sensibilización de</p>				

	<p>la comunidad.</p> <p><b>2. Identificar las formas más útiles de distribuir mensajes, y diseño de mensajes principales</b></p>				
<p>Rol de las personas afectadas por la lepra en los servicios de lepra</p>	<p>: 1) información, educación y comunicación, 2) abogacía, 3) consejería, 4) entrenamiento y fortalecimiento de las capacidades, 5) sistemas de referencia, 6) prevención de la discapacidad, 7) rehabilitación y 8) investigación, monitoreo y evaluación.</p>				

## MEXICO

Líneas de acción	Actividades	Tiempo	Responsabilidad	Apoyo requerido	
<b>VII. Programáticas</b>				<b>OP</b>	<b>Socios y centros colaboradores</b>
Vigilancia epidemiológica (a)	Actualización del Manual de Vigilancia Epidemiológica de Lepra de carácter interinstitucional para el uso estandarizado de los formatos de registro de caso	Primer trimestre 2014	Secretaría de Salud: Dirección General de Epidemiología y Programa Nacional de Lepra		
	Modernización del sistema de información para la vigilancia epidemiológica, para disponer de información en línea para la toma de decisiones locales, subnacionales y nacionales	Primer semestre 2014	Secretaría de Salud: Dirección General de Epidemiología y Programa Nacional de Lepra		
	Geo-referenciación de los casos de lepra (nuevos y prevalentes) para identificación subnacional de la carga de la enfermedad y favorecer la toma de decisiones y gestión de recursos	Primer semestre 2014	Dirección General de Epidemiología y Programa Nacional de Lepra y Programas Subnacionales		
	Establecimiento de	Primer	Dirección	X	

	indicadores de monitoreo y evaluación de carácter interinstitucional	semestre 2014	General de Epidemiología y Programa Nacional de Lepra (participación interinstitucional)		
Calidad de los servicios de salud en lepra (b)	Actualización permanente (diferenciada de acuerdo a la carga de la enfermedad) del personal de salud para incrementar la detección oportuna de casos en sintomáticos dermatológicos, así como la evaluación de la discapacidad con énfasis en el estudio efectivo de los contactos de casos en prevalencia y vigilancia postratamiento con enfoque técnico y humanístico	2014  (Cursos presenciales y en línea para tener mayor cobertura)	Secretaría de Salud Federal y Servicios de Salud Estatales	X	
	Vinculación con servicios especializados (centros dermatológicos) para conformación efectiva de red de servicios para la atención de casos de lepra	2014 Permanente	Secretaría de Salud		
	Actualización periódica del personal de la Red Nacional de Laboratorios para los procesos de baciloscopia e	2014  (Curso anual)	Secretaría de Salud Federal y Dirección General de Epidemiología (InDRE: Laboratorio	X	

	histopatología, presencial y en línea ( para incrementar cobertura)		Nacional)		
	Actualización del Manual de Procedimientos para la atención de las personas con lepra, con la inclusión de algoritmos que faciliten la ruta de atención y referencia de casos que debe estar disponible en todas las unidades de salud del Sector	2014	Programa Nacional de Lepra e instituciones del sector salud		
	Mantener la gestión de la donación de fármacos por la OMS/OPS para el tratamiento de los casos	2014 Permanente	Secretaría de Salud	x	
	Supervisar y asesorar en prevención, detección ya oferta de atención integral de las personas afectadas por la lepra con énfasis en los estados con municipios prioritarios	2014 Permanente	Secretaría de Salud e instituciones del Sector		
	Elaboración de Plan de reconocimiento al desempeño para los municipios, estados, con mejores prácticas de diagnóstico oportuno, seguimiento y curación de los casos.	2014 De manera anual	Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud		

VII. Transversales					
Eliminación de estigmatización y discriminación	Incorporación del tema de estigma y discriminación en los cursos de actualización permanente de los profesionales de la salud que atienden casos de lepra	2014 Permanente	Secretaría de Salud e instituciones del Sector		
	Diseño de investigación operativa para la identificación de la satisfacción de la atención de las personas afectadas por lepra en las unidades de salud/personal de salud	2014 Segundo semestre	Secretaría de salud Federal y Servicios de Salud estatales	x	
Equidad y Género	Análisis de la información diferenciada por sexo y edad a fin de implementar actividades específicas por grupos afectados	2014 Permanente	Incorporación e en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018		
	Capacitación del personal de salud para la atención diferenciada con perspectiva de género	2014 Permanente	Incorporación de aliados relacionados con el tema de las diversas Direcciones Generales: de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Epidemiología, promoción de la Salud		
Rehabilitación basada en la comunidad	Establecimiento de alianzas con las instancias que realizan actividades	2014 Permanente	Servicios Estatales de Salud		

	de rehabilitación para la atención accesible y oportuna de las personas con algún grado de discapacidad, así como para la capacitación de familiares que apoyen este proceso en el domicilio				
	Disponibilidad de los materiales educativos relacionados con la rehabilitación de ojos, manos y pies en todas las unidades de salud de las áreas con mayor incidencia/prevalencia de casos de lepra	2014 Permanente	Secretaría de Salud		
Educación y sensibilización de la comunidad	Elaboración de materiales educativos con enfoque intercultural <i>ad hoc</i> a las áreas con casos de lepra e historia de existencia de casos (focalización)	2014 Primer semestre	Secretaría de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud	x	X
Rol de las personas afectadas por la lepra en los servicios de lepra	Información, Educación, Comunicación para el empoderamiento de las personas afectadas por lepra, sin estigma ni discriminación, a fin de que puedan ser promotores en su núcleo familiar y comunidad para la detección de casos.	2014 Permanente	Secretaría de Salud. Servicios Estatales de Salud		

## MONTSERRAT

Lines of Action	Activities	Timeline	Responsibility	Support required	
<b>VII. Programmatic</b>				<b>PAHO</b>	<b>Partners</b>
Public Health Surveillance (a)	Conduct a “Skin Health” Screening Campaign  - Establish/confirm baseline	2014	Primary Care Team	Identification of qualified Dermatologist to conduct screening (TCR)	
	Include Leprosy on existing Surveillance Reporting Forms  - Agree case definitions, reporting frequency etc.	2014 (immediately following screening campaign)	National Epidemiologist	Provide access to Regional Guidelines and case definitions	
	Update the National Communicable Disease Surveillance Manual to include Leprosy response guidelines	1 <sup>st</sup> quarter of 2014	Surveillance Response Team	Provide Regional Action Plan & Guidelines	
Quality of healthcare services (b)	Seek training opportunities for Physicians & Nurses  - Diagnosis & Management)	When available	Chief Medical Officer	Inclusion of MNI in regional training opportunities	
	Ensure updated Regional Guidelines for leprosy are available in all Centres		District Medical Officer		
<b>VIII. Cross Cutting</b>					
Elimination of stigma and discrimination	Include general information on leprosy in on-going public awareness programmes	To coincide with commencement of campaign	Health Promotion Unit	None at this time	

Equity and gender	Ensure <u>PSA</u> messages target men and women		Health Promotion Unit	None at this time	
Community awareness and education:	Include information on leprosy in public awareness programmes		Health Promotion Unit	None at this time	
Role of people affected by leprosy in leprosy services					
	Not applicable				

## NICARAGUA

Líneas de acción	Actividades	Tiempo	Responsabilidad	Apoyo requerido	
<b>VIII. Programáticas</b>				<b>OPS</b>	<b>Socios y centros colaboradores</b>
Vigilancia epidemiológica (a)	Incorporación de información de casos de lepra en la notificación semanal en las normas de vigilancia nacional de todas las enfermedades sujetas a notificación obligatorias	2 meses IV trimestre 2013	Dirección General de Vigilancia para la Salud	Técnico Validación	-----
	Elaboración, llenado y validación de la ficha epidemiológica y resumen de casos de Lepra	2 meses IV trimestre 2013	Minsa central, Minsa Subnacional y Minsa municipal	Validación Técnica y financiera	Fundación Damián de Bélgica
	Validación, reproducción e impartición de taller nacional a personal (del manual de atención) vinculados en la atención de casos de Lepra	4 meses 2013- 2014	Minsa Central	Técnica y Financiera y requerimientos de 2 consultores: 1 de Organización de atención y 1 experto en baciloscopia	
Calidad de los servicios de salud en	Seguimiento de casos de lepra diagnosticados	2013,2014 y 2015	Minsa central	Cooperación técnica	Cooperación presupuestaria

lepra (b)	desde la unidad de atención primaria en salud				
	Búsqueda activa a los casos y contactos de lepra en áreas silenciosas donde migran los casos primarios	2013,2014 y 2015	Minsa Central	Cooperación Técnica y financiera	Cooperación financiera
	Garantizar el adecuado diagnóstico, tratamiento y provisión de medicamentos a los casos de lepra	2años	Minsa Central	Cooperación Técnica y Financiera	Cooperación Financiera.
<b>VIII. Transversales</b>					
Eliminación de estigmatización y discriminación	Empoderar a la sociedad civil y líderes comunitarios en salud de los sectores donde existen los focos de lepra para ayudar a disminuir el estigma de la enfermedad acontecida en la comunidad	2años	Minsa Central, Subnacional y local	Cooperación Técnica y financiera	
	Monitoreo y supervisión (información contra el estigma) de los tres niveles administrativos en salud, el seguimiento de la actividad	2años	Minsa Central, Subnacional y local	Cooperación Técnica y financiera	

	(Casos, contactos y sospechosos de lepra) al personal de salud local según la ficha de salud, comunitaria.				
	Elaboración y distribución de medios publicitarios sobre la enfermedad curable en las comunidades con focos activos de lepra	2 años	Minsa Central, Subnacional y local	Cooperación Técnica y financiera	
Equidad y Género					
Rehabilitación basada en la comunidad	Hacer abogacía ante las instancias correspondientes, para insertar los discapacitados (Cuando existan) a las actividades económicas y sociales	2 años	Minsa central, Subnacional y local	Cooperación Técnica y financiera	
	Conformar y mantener una planilla de líderes voluntarios comunitarios para desempeñar roles de trabajo que sean afines.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 años	Minsa central, Subnacional y local	Cooperación Técnica y financiera	
	Evaluar periódicamente	2 años	Minsa central, Subnacional y	Cooperación Técnica y	

	las actividades de los líderes y grupos de pacientes, la estabilidad y avances en su recuperación.		local	financiera	
Educación y sensibilización de la comunidad	Incorporar el tema de lepra en los planes de educación continua estipuladas y normadas en cada unidad de salud fija en las consultas diarias.	2años	Minsa Central, Subnacional y local	Cooperación Técnica y financiera	
	Reproducir información (lepra) a los líderes comunitarios para retroalimentar en su comunidad	2años	Minsa Central, Subnacional y local	Cooperación Técnica y financiera	
Rol de las personas afectadas por la lepra en los servicios de lepra	Conformar como grupos aliados a los pacientes curados y en tratamiento de lepra para que ayuden al sistema de salud a la captación de contactos y sospechosos en los sitios donde se encuentran los focos	2años	Minsa Central, Subnacional y local	Cooperación Técnica y financiera	

## PARAGUAY

Líneas de acción	Actividades	Tiempo	Responsabilidad	Apoyo requerido	
<b>IX. Programáticas</b>				<b>OPS</b>	<b>Socios y centros colaboradores</b>
Vigilancia epidemiológica (a)	Caracteriac.de las recaídas	12 meses	PNCL_PY		X
	Fortalecer el monitoreo y evaluación de los indicadores del sistema de vigilancia	13 meses	PNCL_PY		X
	Monitorear y supervisar los efectos adversos de los medicamentos	12 meses	PNCL_PY		X
Calidad de los servicios de salud en lepra (b)	Supervisar anualmente la red de servicios en cada regional sanitaria	12 meses	PNCL_PY	x	X
	Organizar a red de laboratorios de lepra e integrarla a la red nacional	12 meses	PNCL_PY	x	X
	Fortalecer a las USF para mejorar e control de contactos	12 meses	PNCL-PY	X	X
<b>IX. Transversales</b>					
Eliminación de estigmatización y discriminación	Identificar actitudes, creencias y practicas negativas y	24 meses	PNCL	x	X

	sistematizar la información				
	Proveer oportunidades para compartir experiencias, y desarrollar nuevas actitudes y habilidades	24 meses	PNCL_PY	x	X
	Trabajar en alianzas para promover la abolición de leyes discriminatorias	24 meses	PNCL_PY	x	X
Equidad y Género	Realizar acciones para sostener los principios de equidad y justicia social para los pacientes	12 meses	PNCL_PY	x	X
	Educar sobre derechos humanos, a los pacientes, personal de salud y comunidad.	12 meses	PNCL_PY	x	x
	Trabajar en alianzas para hacer abogacía por la igualdad de derechos y oportunidades para hombres y mujeres	12	PNCL_PY Ministerio de salud. Ministerio de la mujer, ministerio de justicia y trabajo	x	X
Rehabilitación basada en la comunidad	Promoc.y protección de los derechos de las personas con disc.	5 años	Gobierno nacional		
	Provisión de puntos de	5 años	Ministerio de salud. Municipios		

	acceso y oportunidades para uso de los servicios				
	Abogacía para promover la participación gubernamental en los programas de rehabilitación.	5 años	Ministerio de salud		
Educación y sensibilización de la comunidad	Identificar e involucrar grupos específicos .para integrar el tema lepra en sus acciones de sensibiliz.de de la comunidad	12 meses	PNCL_PY		X
	Identificar las formas más útiles de diseño y distribución de mensajes principales	12 meses	PNCL_PY	X	
	Sugerir opciones de canales de distribución	12 meses	PNCL_PY		
Rol de las personas afectadas por la lepra en los servicios de lepra					

## PERÚ

Líneas de acción	Actividades	Tiempo	Responsabilidad	Apoyo requerido	
<b>X. Programáticas</b>				<b>OPS</b>	<b>Socios y centros colaboradores</b>
Vigilancia epidemiológica (a)	Implementar la vigilancia por la D.G. de Epidemiología (DGE) según definición de caso de lepra en áreas endémicas desde el nivel subnacional	Un año	Ministerio de Salud  (DGE y D.G. de Salud de las Personas(DGSP)-ESNPCT, componente Lepra)	Apoyo en la elaboración y validación de los instrumentos de la vigilancia	
	Fortalecer los servicios de atención de salud para pacientes con lepra de las áreas endémicas	Permanente	Ministerio de Salud  (DGSP-ESNPCT, componente Lepra)		
	Implementar y fortalecer los registros de control y los indicadores de monitoreo acorde a las definiciones operacionales de la OPS-OMS	Permanente	Ministerio de Salud  (DGSP-ESNPCT, componente Lepra)	Apoyo en el monitoreo de su implementación	
Calidad de los servicios de salud en lepra (b)	Implementar como parte de las acciones integradas de salud la lepra, con el enfoque de APS.	Permanente	Ministerio de Salud  (DGSP-ESNPCT, componente Lepra)	Apoyo en la abogacía por el compromiso del nivel decisorio del MINSA	
	Capacitación al personal de salud, profesional y técnico	Permanente	Ministerio de Salud	Apoyo en la capacitación del personal de salud profesional y técnico en Brasil u otro	

	en los aspectos asistenciales (Clínico, laboratorial, de tratamiento y discapacidades), y operacionales para la eliminación de la lepra		(DGSP-ESNPCT, componente Lepra)	equivalente, especialmente en estadios tempranos de la enfermedad y de su diagnóstico diferencial.	
	Disponer de una Guía de Práctica Clínica actualizada para la detección y tratamiento de casos de lepra		Ministerio de Salud  (DGSP-ESNPCT, componente Lepra)	Apoyo en poner a disposición de la ESNPCT de materiales de referencia y consulta para la adaptación de la Guía Nacional	
	Evaluación, prevención y manejo de la discapacidad	Permanente	Ministerio de Salud  (DGSP-ESNPCT, componente Lepra)	Apoyo en la capacitación de personal profesional y técnico para la prevención y rehabilitación de discapacidades	
<b>X. Transversales</b>					
Eliminación de estigmatización y discriminación	Actividades de IEC sobre la lepra a nivel de población y de los profesionales de la salud de las áreas endémicas y sub-endémicas o con potenciales riesgos de aparición de casos.	Periódica	Ministerio de Salud  (DGSP-ESNPCT, componente Lepra y la Oficina de Comunicación )	Apoyo en la formulación de estrategias y contenidos para implementar actividades de IEC a nivel de profesionales de la salud y población general.	
	Coordinar y definir actividades complementarias de reinserción social con los grupos de apoyo (grupos de ayuda mutua, de solidaridad, entre otros)	Permanente	Ministerio de Salud  (DGSP-ESNPCT, componente Lepra)		Formular contenidos y estrategia que complementen las acciones de salud que permitan reintegrar a la sociedad a los pacientes.
	Levantar información	Estudio Transve	Ministerio de	Apoyo técnico en	

	sistematizada del nivel de estigmatización y discriminación de la lepra en el Perú y en las áreas endémicas	rsal	Salud (DGSP-ESNPCT, componente Lepra)	la formulación del protocolo	
Equidad y Género	Levantar información sistematizada sobre los aspectos de Equidad y Género en la atención de lepra en el Perú	Estudio Transversal	Ministerio de Salud (DGSP-ESNPCT, componente Lepra)	Apoyo técnico en la formulación del protocolo y su ejecución.	
Rehabilitación basada en la comunidad	Identificar e involucrar a grupos específicos de la comunidad para que integren el tema de lepra en sus acciones de sensibilización de la comunidad.	Estudio de campo	Ministerio de Salud (DGSP-ESNPCT, componente Lepra)	Apoyo técnico en la formulación del protocolo y su ejecución.	
	Identificar las formas más útiles de distribuir mensajes, y diseño de mensajes principales	Investigación operacional	Ministerio de Salud (DGSP-ESNPCT, componente Lepra)	Apoyo técnico en la formulación del protocolo y su ejecución.	
Educación y sensibilización de la comunidad	Levantar información del nivel de educación y sensibilización de la comunidad con relación a lepra	Investigación operacional	Ministerio de Salud (DGSP-ESNPCT, componente Lepra)	Apoyo técnico en la formulación del protocolo y su ejecución.	
Rol de las personas	Involucrar a los	Permane	Ministerio de	Apoyo técnico en la	

afectadas por la lepra en los servicios de lepra	afectados por lepra en los aspectos del control de la enfermedad en su comunidad, comprendiendo las acciones integradas de la eliminación de la lepra.	nte	Salud (DGSP-ESNPCT, componente Lepra)	formulación de la estrategia y su implementación.

## PANAMÁ

Líneas de acción	Actividades	Tiempo	Responsabilidad	Apoyo requerido	
<b>XI. Programáticas</b>				<b>OPS</b>	<b>Socios y centros colaboradores</b>
Vigilancia epidemiológica	Finalizar y validar la actualización del Protocolo de abordaje integral del Lepra	III y IV Trimestre 2013	Programa Nacional de Lepra, Dep de Vigilancia Epidemiológica Asociación de Dermatología	Apoyo técnico	
	Implementación y socialización del protocolo a nivel nacional	I-II Trimestre 2014	Programa Nacional de Lepra, Dep de Vigilancia Epidemiológica, Responsables Regionales	Apoyo financiero	✓
	Monitoreo de reportes de casos y búsqueda de contactos	I-II-III-IV Trimestre 2014 y	Dep de Vigilancia Epidemiológica, Responsables Regionales y	✓	✓

		2015	locales		
Calidad de los servicios de salud en lepra	Disponibilidad de la guía de abordaje integral en todos los servicios de salud: reproducción y distribución	I Trimestre 2014	Programa Nacional de Lepra	Apoyo financiero	✓
	Capacitar al personal en Lepra (Incluye a los laboratoristas). Uso de los instrumentos de registro, seguimiento, referencia. Distribución de medicamentos,	I-II Trimestre 2014	Programa Nacional de Lepra, Dep de Vigilancia Epidemiológica, Responsables Regionales, Asociación de Dermatología, Departamento de Suministros Sanitarios, Depósito Central de Medicamentos	Apoyo Técnico	✓
	Alianzas estratégicas con los dermatólogos de los servicios de la red pública y privada de prestación de servicios a fin de detectar e identificar casos	I-II-III-IV Trimestre 2014 y 2015	Programa Nacional de Lepra, Dep de Vigilancia Epidemiológica,	Apoyo Técnico	✓
	Evaluación anual de la situación de Lepra	IV Trimestre 2014 y 2015	Programa Nacional de Lepra, Dep de Vigilancia	Apoyo Técnico y financiero	✓

			Epidemiológica		
<b>XI. Transversales</b>					
Eliminación de estigmatización y discriminación	Realizar un estudio sobre actitudes, creencias y prácticas sobre lepra en personal de salud, pacientes con lepra y familiares	I Trimestre del 2015	Programa Nacional de Lepra, Dep de Vigilancia Epidemiológica, Dirección de Promoción de la Salud	Apoyo Técnico y financiero	✓
	Capacitar al personal para sensibilizarlo y adquirir destreza para evitar la estigmatización y discriminación	III y IV Trimestre de 2014	Programa Nacional de Lepra Dirección de Promoción de la Salud Asesoría Legal de la Dirección General de Salud	Apoyo Técnico	
	Reproducción de material educativo alusivo al tema de estigmatización y discriminación		Programa Nacional de Lepra Dirección de Promoción de la Salud	Apoyo financiero	✓
Equidad y Género	Educación al paciente y familiar sobre derechos humanos en torno a su enfermedad	III-IV Trimestre 2014 y 2015	Programa Nacional de Lepra Dirección de Promoción de la Salud Asesoría Legal de la Dirección General de Salud	Apoyo técnico	

	Educar a la comunidad sobre el tema para identificar y denunciar las violaciones a los D. H.	-IV Trimestre 2014 y 2015	Programa Nacional de Lepra Dirección de Promoción de la Salud Asesoría Legal de la Dirección General de Salud	Apoyo técnico	✓
	Desarrollar y fortalecer grupos de apoyo	2015	Dirección de Promoción de la Salud Programa Nacional de Lepra	Apoyo técnico	✓
	Trabajar en alianzas para hacer abogacía por la igualdad de derechos y oportunidades para hombres y mujeres	2015	Dirección de Promoción de la Salud Programa Nacional de Lepra	Apoyo técnico	✓
Rehabilitación basada en la comunidad	Coordinar con las instalaciones de salud que brindan los servicios de rehabilitación.	2014 y 2015	Dirección General de Salud, Instituciones que		
	Coordinar con el Estado por el subsidio que se	IV Trimestre de			

	les otorgaba anteriormente	2013			
	Capacitar al personal de salud en la atención y control de las discapacidades				
Educación y sensibilización de la comunidad					
Rol de las personas afectadas por la lepra en los servicios de lepra					

## REPUBLICA DOMINICANA

líneas de acción	Actividades	Tiempo	Responsabilidad	Apoyo requerido	
<b>XII. Programáticas</b>				<b>OPS</b>	<b>Socios y centros colaboradores</b>
Elaborar un programa de investigación a nivel subnacional, de las provincias con más de 1 caso por 10,000 habitantes.					
Vigilancia epidemiológica (a)	Estratificación de los casos por municipio y realizar el mapa de los casos para reforzar las acciones de detección	3 meses	Supervisor-Medico de programa	Apoyo para la geo referenciar de los casos y sus contactos	Ministerio de Salud Publica
			Supervisor de		

			auxiliares	Sistemas,	descentralizados
			Medico Epidemiólogo del programa	Médico Epidemiólogo	
Calidad de los servicios de salud en lepra (b)	Fortalecer la capacidad resolutiva del recurso de atención primaria		Medico Director del Programa	Material de apoyo	Ayuda a la Logística
			Supervisor-Medico de programa		
			Supervisor de auxiliares		
			Medico Epidemiólogo del programa		
<b>XII. Transversales</b>					
Eliminación de estigmatización y discriminación	Campanas de educación para la salud al personal de apoyo de otras instituciones que colaboran con el programa y que no trabajan en el ICDP sobre lepra y discapacidades	Continua	Medico Director del Programa	Profesional, educador en salud y apoyo logístico de material	Ministerio de Salud Publica
			Supervisor-Medico de programa		
			Medios de comunicación, iglesias y ONGs		
			Medico Epidemiólogo del programa		Organismos Descentralizados
			Educadores en salud		
Equidad y	Trabajar con	5 años.	Equipo de trabajo	Apoyo logístico	Ministerio de

Género	médicos y para médicos de atención primaria, que no pierdan la oportunidad de examinar a las mujeres buscando signos y síntomas de lepra independiente mente de su motivo de consulta, personal de otros programas de enfermedades desatendidas		del IDCP	de material.  Apoyo Económico al proyecto	Salud Publica  Organismos Descentralizados  Radio Difusión
			Trabajador Social		Prensa en general
			Supervisor-Medico de programa		
Rehabilitación basada en la comunidad	Educación a la comunidad sobre Lepra y Discapacidad con material practico a ser implementado con los recursos disponibles en la comunidad	Continuo	Educador en Salud.  Equipo técnico del programa	Apoyo económico al proyecto  Asesoría para la implementación de esta estrategia	Ministerio de Salud Publica  Organismos Descentralizados  Gobierno locales (Síndicos, gobernadores, diputado, senadores, etc.)

Educación y sensibilización de la comunidad	Utilizar medios educativos por prensa radial, escrita y televisada. Grupos religiosos, ONG.	5 años.	Medico Director del Programa  Medico Epidemiólogo del programa	Apoyo a proyectos y asesorías	Ministerio de Salud Publica  Organismos Descentralizados
			Supervisor-Medico de programa		
			Ministro de Salud Publica		
Rol de las personas afectadas por la lepra en los servicios de lepra	Asistencias a acudir a tiempo a las consultas dermatológicas	5 años.	Medico Director del Programa  Medico Dermatólogo	Apoyo a proyectos	Ministerio de Salud Publica  Organismos Descentralizados
	Estimulación temprana a las terapia		Auxiliar Medico  Trabajador Social		
			Psicólogos		

## SAINT LUCIA

Lines of action	Activities	Timeline	Responsibility	Support required	
<b>IX. Programmatic</b>				<b>PAHO</b>	<b>Partners and Collaborating Centers</b>
Public Health Surveillance (a)	Update national guidelines	12-18 months	Programme manager	✓ funding assistance	MOH , PAHO
	Improved contact tracing examination of all household contacts	6 months	Community nurses & nursing aides		MOH
	Ensure that disabilities GII are recorded	6 months	Programe manager and leprosy nurses	✓ training for nurses and doctors	PAHO, SLMDA, MOH
Quality of healthcare services (b)	CMEs: refresher courses to be able to recognize the signs & symptoms of leprosy and the appropriate mx of the disease	3-6 months	MOH SLMDA	✓ Technical assistance	PAHO, MOH, SLMDA
	Training for leprosy nurses	1 year	MOH	✓ training for younger staff members (nurses) in	MOH, PAHO

				the leprosy programme	
	Persons with drug reactions ( dapsone allergy)	1 year	MOH	✓ funding for payment of G6PD deficiency testing done in the US	ILEP, PAHO
<b>X. Cross Cutting</b>					
Elimination of stigma and discrimination	Public education	3-6 months	Bureau of health in MOH		Media, MOH
Equity and gender					
Community-based rehabilitation	Ease of access to health care facilities	immediately	MOH		MOH
	Physiotherapy	immediately	MOH		MOH
	Availability of orthotic shoes		MOH	✓ funding	ILEP PAHO
Community awareness and education:	Public education	3 months	Bureau of Health, MOH	✓ Funding , flyers	MOH, PAHO, media
Role of people affected by leprosy in	Counseling	6 months	MOH, nurses and doctors		MOH

leprosy services					
------------------	--	--	--	--	--

## SURINAME

9Lines of action	Activities	Timeline	Responsibility	Support required	
<b>XI. Programmatic</b>				<b>PAHO</b>	<b>Partners and Collaborating Centers</b>
Public Health Surveillance (a)	Increase knowledge and awareness in areas with most cases (primary health workers)	Ongoing (yearly)	dermatology services		
	Improve contact tracing	Ongoing	Dermatology services, if distant local health worker		Funding for fieldwork if in the interior
	Train the local health workers for recognition of disability and reactions	Yearly	Local health worker or assistant physiotherapist	Training	ILEP-protocols
Quality of healthcare services (b)	Training to recognize leprosy for Primary health workers in areas with many cases	Yearly	Dermatological service		Any organization with a successful training method like the German organization
	Standardize methods of recording pt data with extra	2 months	dermatologists	Standard Forms	ILEP forms Funds for 40 cases per year,

	attention for disabilities				neatly printed
	Write national guidelines to standardize methods	3 months	dermatologists	Provide example protocols	
<b>XII. Cross Cutting</b>					
Elimination of stigma and discrimination	Identify and combat local myths about leprosy	6 months	Ministry Of health, education dept.		Share knowledge about such a method if done earlier
	Increase awareness of discrimination against leprosy	World leprosy day, daily (use clinic tv in waiting room for education on all skin disease, not solely leprosy, no ugly pictures	Ministry Of health, education dept.		
Equity and gender	Local health workers of the interior can reach the risk population if they live in the interior Esp . women, and connect with a dermatologist if necessary	On demand	Dermatology services		

Community-based rehabilitation	Build structural networks with rehabilitation specialists and physiotherapists	6 months	Dermatology service, dermatologists		
	Increase awareness in patients and affected GP's for reactions and disabilities	On demand	Dermatology service	Share programs for training	Share programs for training
	Facilitate shoeshop with material and updating of training	6 months	Dermatology services and shoe specialists		Funding for shoe materials and shoe specialists
Community awareness and education:	Insure the low transmittability of leprosy	Every world leprosy day (WLD)/TV waiting room, counseling pt and their contacts	Derm serv & MOH		
	Educate about leprosy signs and disabilities		Derm serv & MOH		
	Get accross how short leprosy needs to be treated		Derm serv & MOH		
	Insure that the prevention of disabilities if treatment is started in an		Derm serv & MOH		

	early phase				
Role of people affected by leprosy in leprosy services	Stimulate leprosy patients to testify About Life with leprosy in this century or use actors	World leprosy day	Dermatology services and the education dept of MOH		Funds for television/radio spots
	Get hints how to improve leprosy education from leprosy patients	While counseling	Dermatology services		

## TRINIDAD Y TOBAGO

Lines of action	Activities	Timeline	Responsibility	Support required	
<b>XIII. Programmatic</b>				<b>PAHO</b>	<b>Partners and Collaborating Centers</b>
Public Health Surveillance (a)	1)TPHL Capacity building. All new suspected cases registered, investigated and managed in a timely manner – 2) Case finding and early detection to prevent development	On going	NSU, HDCU, TPHL	Training and Technical Assistance	TPHL, NGO's, MOH, CARPHA, NSU

	of disabilities.				
	3) Surveillance for reactions. For ENL Erythema Nodosum Leprosom and secondary reaction	On going	HDCU, NSU	Training MOH, HDCU	MOH, HDCU ,PAHO
Quality of healthcare services (b)	1) Standard Treatment and management as recommended by PAHO/WHO. 2) Managed as a vertical programme in MOH with clinics in all 5 RHA's- modified integration into PHC. 3) Proper management of reactions	Ongoing and working towards integration into PH Care and Community Health- Detailed work plan completed. Training etc. for best practices adaption and quality services. Also secondary care health staff for care of patients with severe secondary reactions.	MOH, HDCU, H/R, Training Unit and Finance, TPHL	Technical Support	CARPHA, PAHO, HDCU, MOH, UWI
<b>XIV. Cross Cutting</b>					

Elimination of stigma and discrimination	Sensitization, education and updates for Healthcare workers	On going	HDCU, MOH,(Health Education and Health Promotion)  NGO's	Technical support	MOH, PAHO, NGO's
Equity and gender	1)Sensitization re: human rights  2) Education of all health workers  3) Public Education	On going	Legal Dept. Health Education and Promotion	Technical support and advise	PAHO/WHO
Community-based rehabilitation	1)Integration into Primary Health Care of HDCU services  2) Capacity building at the PHC level.	HDCU, MOH	3-6 Years	Technical support and Training from PAHO/WHO	NGO's, MOH, Client Group
Community awareness and education:	1)Education, Sensitization of public  2) NGO's  3) Health	HDCU, Health Promotion, Health Education	On going	Best practices literature from PAHO	MOH, Health Education, NGO'S

	workers				
Role of people affected by leprosy in leprosy services	1)Record of Challenges by clients and inform care givers re  ;2) access, drug availability, 3) follow up of affected or suspected cases	Suggest solutions and resolve problems	On going	NGO'S, Clients, Health care providers	HDCU, MOH, People affected with Leprosy

## ANEXO # 3

### LISTA DE PARTICIPANTES

NOMBRES	INSTITUCION	TELEFONO
<p>LAURA SPAGNOLO</p> 	<p>DIRECTORA NACIONAL DEL PROGAMA DE CONTROL DE LEPPA</p> <p>ARGENTINA</p>	<p>54114314010</p> <p><a href="mailto:lauraspagnolo@yahoo.es">lauraspagnolo@yahoo.es</a></p>
<p>JULIO GONZALO SUMI MANAMI</p> 	<p>DIRECTOR NACIONAL DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LEPPA</p> <p>BOLIVIA</p>	<p>59122124412</p> <p><a href="mailto:sumi5551@hotmail.com">sumi5551@hotmail.com</a></p>
<p>MARCOS VIRMOND</p> 	<p>INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA DIRECTOR - BAURU</p> <p>BRASIL</p>	<p>551431035900</p> <p><a href="mailto:mvirmond@ilsl.br">mvirmond@ilsl.br</a></p>
<p>MARIA DA GRACA CUNHA</p> 	<p>FUNDACION ALFREDO DA MATTA-MANAOS</p> <p>BRASIL</p>	<p>559236325800</p> <p><a href="mailto:mcunha@fuam.am.gov.br">mcunha@fuam.am.gov.br</a></p>

ROSA CASTALIA SOARES



COORDINADORA GENERAL  
DE LA LEPRO Y  
LAS ENFERMEDADES  
DESTINAS A LA ELIMINACION

BRASILIA

556132138205

[castalia46@gmail.com](mailto:castalia46@gmail.com)

REGIANE PAULA CARDOSO



COORDINADORA GENERAL  
DE LA LEPRO Y  
LAS ENFERMEDADES  
DESTINAS A LA ELIMINACION

BRASILIA

556132138205

[regiene.paula@saude.gov.br](mailto:regiene.paula@saude.gov.br)

RAISA RUMBAULT CASTILLO



DIRECTORA DEL PROGRAMA  
DE CONTROL DE LEPROA

CUBA

8383338

[higsv@hotmail.sla.com](mailto:higsv@hotmail.sla.com)

AZALEA ESPINOZA AGUIRRE



MINISTERIO DE SALUD  
SAN JOSE

COSTA RICA

910788751

SOCRATE ANTONIO



SUPERVISOR, DERMATOLOGO  
LEPROLOGO Y EPIDEMIOLOGO

SANTO DOMINGO

8098555327

[socratescanario@hotmail.com](mailto:socratescanario@hotmail.com)

FANNY VERDUGA



JEFA DEL PROGRAMA  
NACIONAL DE LEPROSINIA

ECUADOR

98912785

[fannyver806@hotmail.com](mailto:fannyver806@hotmail.com)

INES LEDESMA



RESPONSABLE DE LEPROSINIA

ZONA 8  
GUAYAQUIL

ECUADOR

995982643

[inesledesma\\_40@hotmail.com](mailto:inesledesma_40@hotmail.com)

YESSENIA OSPINA



RESPONSABLE DE LEPROSINIA

ZONA 5  
BABAHOYO

ECUADOR

991079769

PATRICIA SOSA



JEFE LABORATORIO DE  
MICOBACTERIAS  
GUAYAS - INSPI

ECUADOR

ALEXANDRA MANOELLA

PORTILLO DE JUAREZ



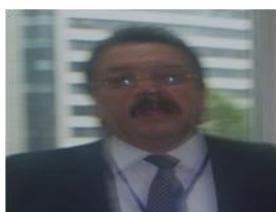
COORDINADORA DEL  
PROGRAMA NACIONAL  
DE LEPROSIA

EL SALVADOR

8098555327

[aportillo@salud.gob.sv](mailto:aportillo@salud.gob.sv)

JOSE ARTURO



MINISTERIO DE SALUD  
ASESOR

GUATEMALA

55899473 – 24405900

[josefunes@gmail.com](mailto:josefunes@gmail.com)

LESNY RUTH FUENTES



PROGRAMA DE LEPROSIA  
DE TEGUCIGALPA

HONDURAS

95194475

[lesny@yahoo.com](mailto:lesny@yahoo.com)

MARTHA ANGELICA  
GARCIA AVILES



ASISTENTE DE DIRECCION  
PARA MICROBIOSIS Y  
CONTROL  
DE LOS PROGRAMAS  
DE ENFERMEDADES

MEXICO

GERARDO DELGADO  
MENDOZA



RESPONSABLE DEL  
DEPARTAMENTO DE LEPRO  
MANAGUA  
NICARAGUA

CECILIA DE ARANGO



COORDINADORA NACIONAL  
DE LEPRO Y TUBERCULOSIS

PANAMA

5075129269

[dra.arangocecilia@gmail.com](mailto:dra.arangocecilia@gmail.com)

MARIA VICTORIA

ALVARENGA



MINISTERIO DE SALUD  
ASUNCION

PARAGUAY

595-21-204633

[mvalvarenga@hotmail.com](mailto:mvalvarenga@hotmail.com)

EDUARDO SAMUEL

FALCONI ROSADIO



CONSULTOR NACIONAL  
DE LEPRO

LIMA

PERU

999984083

[edufar13@hotmail.com](mailto:edufar13@hotmail.com)

RAJAMANICKAN  
MANOHAR SINGH



MEDICO DEL MINISTERIO  
DE SALUD

BARBADOS

2464278161

[drmanoharsingh@yahoo.com](mailto:drmanoharsingh@yahoo.com)

NINFA HES HASBUN



ESPECIALISTA EN MEDICA  
INTERNA MINISTERIO  
DE SALUD  
  
BELICE

5018222263

[nifaken@yahoo.com](mailto:nifaken@yahoo.com)

RAMONA LOUISY



ENFERMERA DE SALUD  
COMUNITARIA  
  
DOMINICA

4767-285

[ludwingg71@hotmail.com](mailto:ludwingg71@hotmail.com)

HEATHER MORRIS



DIRECTORA DE LA  
ENFERMEDAD LEPRO  
  
GUYANA

2260679

[heathergmorris@yahoo.com](mailto:heathergmorris@yahoo.com)

DOROTHEA LENORE



PLANEADOR SANITARIO Y  
EPIDEMIOLOGO  
  
MONTSERRAT

1664491

[hazeld@gov.ms](mailto:hazeld@gov.ms)

KETURAH MAHALIA

WENDY EWIN-TOBIAS



COMUNIDAD  
DERMATOLOGICA  
  
SAINT LUCIA

17587196850

[kenturahedwindr@hotmail.com](mailto:kenturahedwindr@hotmail.com)

KARIN SHANTA  
MIREILLE SEWPERSAD



MINISTERIO DE SALUD  
DERMATOLOGA  
  
SURINAME

597474315

[karsew@gmail.com](mailto:karsew@gmail.com)

KUMAR SUNDARANEEDI



MINISTERIO DE SALUD  
DIRECTOR MEDICO  
  
TRINIDAD Y TOBAGO

8686270010

[kumar.sundaraneedi@health.gov](mailto:kumar.sundaraneedi@health.gov)

ALBERTO RIVERA



DIRECTOR DAHW  
BOGOTA  
  
COLOMBIA

5712718842

[dahwcol@hotmail.com](mailto:dahwcol@hotmail.com)

HIROE SOYAGIMI



FUNDACION SASAKAWA  
  
JAPON

813-6229-5377  
[smhf\\_hs@tnfb.jp](mailto:smhf_hs@tnfb.jp)

YUKO TANI



FUNDACION SASAKAWA  
  
JAPON

818046546492  
[y.tani@ps.nippon-foundation.or.jp](mailto:y.tani@ps.nippon-foundation.or.jp)

JIM OEHRIG



JEFE DEL PROGRAMA OFICIAL  
DE LA MISION AMERICA  
DE LEPROA

USA

18642411712

[joehrig@leprosy.org](mailto:joehrig@leprosy.org)

RUBEN SANTIAGO NICHOLLS



ASESOR REGIONAL,  
ENFERMEDADES  
INFECCIOSAS  
DESATENDIDAS Y LEPROA,  
PAHO

BRASIL

556132519595

[nicholls@bra.ops-oms.org](mailto:nicholls@bra.ops-oms.org)

MARTHA SABOYA DIAZ



EPIDEMIOLOGA, PROGRAMA  
DE ENFERMEDADES  
INFECCIOSAS DESATENDIDAS

USA

2029743875

[saboyama2@paho.org](mailto:saboyama2@paho.org)

CELSA SAMPSON



ASESOR TEMPORAL  
DE PAHO/ OMS

VENEZUELA

7512405

[sampsoncelsa@yahoo.com](mailto:sampsoncelsa@yahoo.com)

ROBERTO MONTOYA



PUNTO FOCAL  
PAHO QUITO

ECUADOR

59322460330

[montoyar@paho.org](mailto:montoyar@paho.org)

VICTOR ARAUZ



OPS- QUITO

ECUADOR

59322460330

[aruzv@ecu.ops-oms.org](mailto:aruzv@ecu.ops-oms.org)

LUDWING GRESELY



RELATOR

ECUADOR

5930993997073

[ludwingg71@hotmail.com](mailto:ludwingg71@hotmail.com)



**Reunión Regional de Directores de Programas de Eliminación de Lepra  
de los países de América Latina y el Caribe  
Guayaquil, Ecuador, 26 a 30 de agosto de 2013  
Hotel Hilton Colón**



**FOTO DE GRUPO DE PARTICIPANTES EN LA REUNION**