

Eliminação no Cone Sul / Eliminación in Cone Sur

Dr. Fernando A. Vázquez Bozzo

Director del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Hansen Ministerio de Salud Pública del Uruguay

1) Antecedentes

El Incosur o "Iniciativa del Cono Sur", es un emprendimiento regional que surge de la "1ª Reunión de Ministros del Cono Sur" llevada a cabo en la ciudad de Montevideo, Uruguay en el mes de agosto de 1986, en la cual participaron los Ministros de Salud de los países de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, habiendo estado ausente en dicha reunión el Ministro de Salud de Bolivia.

Fue ideada como un instrumento de cooperación técnica en salud entre los países miembros, promovida por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, creando un ámbito de discusión institucional y técnica para una gran diversidad de áreas temáticas socio-sanitarias, bajo la coordinación de una Secretaria Pro-Tempore, que actualmente ejerce Uruguay.

En el momento actual las áreas priorizadas por la Incosur están dirigidas fundamentalmente a: sistemas locales de salud y tecnología, salud del adulto y promoción de la salud, salud en fronteras, control de enfermedades, ambiente y salud, y concertación de normas.

A iniciativa del Comité de Cooperación Técnica en Hanseniasis del Mercosur, la Enfermedad de Hansen ha sido incluida entre las prioridades del Incosur durante la "Vª Reunión de Ministros de Salud del Cono Sur", celebrada en Asunción del Paraguay en noviembre de 1995.

"Los Ministros de Salud de las Repúblicas de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, resuelven suscribir la presente acta de cooperación en Salud.

Conscientes que la salud es parte esencial del bienestar general y por lo tanto componente integral del desarrollo y reconociendo el potencial que tiene la cooperación técnica entre países en el desarrollo sócio-

económico de los pueblos.

Teniendo en cuenta que por sus características históricas, sociales y culturales presentan afinidades y necesidades que los han llevado a la concreción de múltiples acuerdos en diferentes áreas.

Consecuentes con las realidades de Latinoamérica que requerem un renovado esfuerzo de integración entre sus países como medio de superar la dependencia y fortalecer una identidad propia, enmarcada en sus propias características socio-culturales, geográficas y económicas.

A efectos de contribuir a los esfuerzos de integración subregional que (levam a cabo los países en distintos campos del desarrollo económico y social.

Con el propósito de mejorar la salud de toda la población de los países firmantes, mediante la coordinación de acciones y el apoyo recíproco a los esfuerzos nacionales y promover la cooperación con otras subregiones, dentro del marco de las estrategias y metas que acuerdan los países en ámbito regional.

Los Gobiernos para ello darán prioridad a aquellos problemas de salud que tengan mayor relevancia en cada caso o que resultan o estén asociados con sus relaciones económicas, culturales o de otra naturaleza y cuya solución pueda ser favorecida por la cooperación entre los países miembros.

Para lograr los fines enunciados los países promoverán y ejecutarán las siguientes acciones:

- El intercambio sistemático de información, experiencia y tecnologías de salud o derivados de las relaciones naturales entre países.
- La actualización de convenios sanitarios, relativos a problemas fronterizos y al establecimiento de normas comunes que faciliten el desarrollo del Area.
- El establecimiento de políticas, directivas y otras medidas administrativas para que cada país pueda hacer aportes efectivos a la solución de los problemas del Area.

Como una primera etapa de trabajo

conjunto, los abajo firmantes ratifican haciendo suyas, las recomendaciones surgidas de las reuniones técnicas sobre los seis temas tratados en esta Primera Reunión.

Los Ministros convienen en reunirse cada dos años y establecen una reunión anual de los grupos técnicos con el propósito de: promover el intercambio de experiencias y conocimientos sobre problemas prioritarios de salud; acordar acciones subregionales o bilaterales que procuren la mejor utilización de recursos de cada país en particular y del área en su conjunto, y evaluar el grado de cumplimiento de las recomendaciones suscritas por los países miembros, a fin de lograr en cada uno de ellos un mejor nivel de salud de la población.

Esta cooperación tendrá como marco general los acuerdos y políticas de ámbito regional y mundial, adoptados en el seno de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud y los acuerdos de cooperación celebrados entre los países.

Finalmente los Ministros convienen en promover a nivel de cada País las instancias necesarias para que estas decisiones se materialicen en un Convenio Internacional." (Acta de Creación, 23 de agosto de 1986, Montevideo, Uruguay)

Deseamos resaltar que la información estadística que expondremos a continuación sobre la situación epidemiológica de la Enfermedad de Hansen en el Incosur, rue aportada por los Jefes de Programas de los diferentes países miembros, a los efectos de elaborar el presente trabajo para ser presentado en la Mesa Redonda de: "Eliminación de la Enfermedad de Hansen en las Américas", del "IX Congresso da Associação Brasileira de Hansenologia" y "IV Congresso do Colégio de Hansenologia dos Países Endémicos", que se llevará a cabo del 4 al 8 de junio de 1997 en Foz do Iguazu, Parana, Brasil.

Cabe señalar que al momento de la solicitud de la presente información, algunos países no contaban aún con los datos oficiales, portando datos preliminares sujetos a modificaciones, por lo que pueden existir diferencias con los datos oficiales que publiquen los países involucrados oportunamente.

2)- Características Generales e Importancia

Esta subregion que constituye el Incosur

(Cono Sur) y que involucra a los países de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, posee una extensión territorial de casi 15 millones de km², lo que representa algo más del 80% de la superficie total de América del Sur, contando con una población de aproximadamente 220 millones de habitantes.

Desde el punto de vista epidemiológico y en lo que a la Enfermedad de Hansen se refiere, esta subregion es sumamente interesante por su heterogeneidad, coexistiendo los más variados perfiles epidemiológicos. La distribución de la endemia es sumamente irregular, existiendo áreas de muy alta endemia como se observa fundamentalmente en las regiones norte y centro-oeste del Brasil, que posee Estados con tasas de prevalencias superiores a 30 por 10.000 habitantes (Amazonas); áreas próximas a la eliminación de la enfermedad como las que involucran la mayoría de los Departamentos del Paraguay, algunos Estados de la región sur del Brasil y algunas Provincias del Nordeste Argentino; áreas como el Uruguay, el Estado de Rio Grande do Sul del Brasil, con una endemia prácticamente inexistentes como el caso de Chile. Así mismo se mantiene esta heterogeneidad si hiciéramos un somero análisis por países, ya que esta subregion cuenta con países con muy alta endemia como lo es el Brasil, donde más del 40% de sus Estados poseen tasas de prevalencias superiores a 10 por 10.000 habitantes, más del 50% poseen tasas entre 1 y 10 por 10.000 hab. Y tan sólo un Estado (RG) posee una tasa de prevalencia por debajo de 1 por 10.000 hab.. Así mismo en el Paraguay se observa que casi el 90% de los Departamentos en que está dividido el país, poseen tasas de prevalencia superiores a 1 por 10.000, siendo bastante homogénea la distribución de la entre 1,3 a 3,3 por 10.000 hab., con excepción de Alto Paraguay que posee una tasa de prevalencia variables entre 1 y 4,5 por 10.000 hab., las que constituyen menos del 40% de las provincias en que está dividida administrativamente la Argentina. Bolivia que según los datos que contamos, habria alcanzado la meta de eliminación a nivel nacional, pero no disponemos de mas datos para (llevar a cabo un análisis mas profundo. Por último el Uruguay, de muy bafa endemia ya que registra una prevalencia nacional de 0,19 por 10.000 habitantes, país que está cursando la etapa de

las pos-eliminación desde hace aproximadamente 10 años, encontrándose por alcanzar esta meta ya al segundo nivel de estratificación, es decir a nivel departamental, en virtud que en el momento actual solo uno de los 19 departamentos que lo componen posee una tasa de prevalencia superior a 1 por 10.000 habitantes; tosa que muy probablemente se reduza a menos de 1 por 10.000 a fines de 1997.

Es decir que esta subregion cuenta con países de muy variada magnitud en cuanto a la endemia de la enfermedad de Hansen, así como en diferentes etapas del proceso de la meta de eliminación de esta enfermedad como un problema de salud pública; algunos con una endemia muy importante, lejos de alcanzar la meta de eliminación a corto plazo como el Brasil; otros con una endemia media como el Paraguay con tasas no muy elevadas pero bastante estables y además homogéneas en su distribución, que pueden alcanzar la meta de eliminación a no muy largo plazo; países como la Argentina que recientemente ha alcanzado la meta de eliminación a nivel nacional pero que posee aún varias provincias con tasas elevadas; países como el Uruguay que ya está transitando desde hace algún tiempo por la etapa de la pos-eliminación y que está abocado a alcanzar la meta de eliminación a nivel departamental; Chile que como ya hemos mencionado no posee casos autóctonos y que tiene registrado tan solo 5 casos a nivel nacional; y Bolivia que según el número de casos registrados a nivel nacional, ya está por debajo de 1 por 10.000 habitantes, no disponiendo de datos departamentales para ahondar en el presente análisis.

Además de las características mencionadas, esta Subregion adquiere suma importancia dado que:

- si bien el número total de casos registrados a diciembre de 1996 (110.334), representa solo el 12% aproximadamente del total de casos registrados en el mundo, en ella residen más del 85% de los "casos de lepra" registrados en todo el Continente Americano y el 93% de los casos registrados en América del Sur; habiéndose detectado durante el mismo año, más del 90% de los casos nuevos de las Américas (93%), así como el 97% de todos los casos nuevos detectados en América del Sur.
- uno de los países miembros (Brasil), figura en segundo lugar en cuanto al número absoluto

de casos de lepra registrados a nivel mundial y posee la tasa de prevalencia más elevada.

- el Incosur posee una tasa de prevalencia global a diciembre de 1996 de 5,01 por 10.000 habitantes, siendo la tasa más elevadas en comparación con las demás Regiones del mundo consideradas por la OMS.
- si bien la cobertura en tratamiento poliquimioterápico (PQT) ha aumentado en el transcurso del último quinquenio, es aún baja (89%) en comparación a la alcanzada en el resto de las Regiones del mundo.

3) - Situación Epidemiologica

Según información aportada por los responsables de los Programas de los diferentes países miembros, a diciembre de 1996 el número total de casos de lepra registrados en el Incosur, asciende a 110.334 pacientes, correspondiéndole una tasa de prevalencia de 5,01 por 10.000 habitantes.

En cuanto a la distribución del total de casos según la forma clínica, casi el 70% de los pacientes registrados corresponden a formas Multibacilares (MB), constituyendo los pacientes Paucibacilares (PB) algo más del 26%.

Cabe señalar que el 27% de los casos registrados se encuentran fuera de control (abandonos), es decir que no han recibido medicación específica en el año que se informa. Al respecto deseamos resaltar que on el 13% del total de casos (13.413), no se cuenta con información acerca de la asiduidad al tratamiento, por lo que entendemos que probablemente el porcentaje de abandonos sea algo mayor al mencionado, pudiendo sobrepasar el 30%.

En cuanto a la cobertura de poliquimioterapia (PQT), ésta alcanza al 88% del total de casos registrados. Dicha cobertura si bien sigue siendo baja si la comparamos con otras regiones del mundo, es también cierto que está en aumento en comparación con años anteriores; destacando que ya desde 1994 la casi totalidad de los casos nuevos están incluidos en PQT. Debemos resaltar que el Paraguay a diferencia de los demás países, utiliza desde hace muchos años un tratamiento poliquimioterápico basado en Isoprodian-Rifampicina, teniendo en tratamiento PQT según esquemas de la OMS a tan solo el 13% aproximadamente de los casos registrados. Esto se revertirá en un futuro, ya

que a partir de 1998 el programa de Lepra del Paraguay adoptará los planes terapéuticos de PQT según los esquemas de la OMS.

Durante el año 1996 se detectaron en esta Subregión un total de 40.788 casos nuevos, correspondiéndole una tasa de detección del 18,50 por 100.000 habitantes. Es importante resaltar, que si bien existe una disminución progresiva de la prevalencia en el transcurso de los últimos años, esto no se acompaña de una disminución en la detección de nuevos casos. Así observamos que Brasil (que por la magnitud de su endemia es el que determina sin dudas el perfil epidemiológico de esta Subregión así como la del Continente Americano), en 1996 incrementó en más de un 20% el número de casos nuevos detectados.

Menos del 10% del total de casos nuevos se observó en los grupos etáricos menores de 15 años (8%); mientras que en relación a la distribución de los casos nuevos según la forma clínica, observamos que casi el 50% (48%) correspondieron a formas PB. Debe tenerse en cuenta que el 12% de los casos nuevos carece de información en relación a la edad, así como un 8% en cuanto a la forma clínica.

En cuanto a los grados de discapacidad, observamos que sólo el 7% de los casos que se evaluó el grado de discapacidad, presentaron discapacidades grados II-III al momento de la detección. Este indicador indirecto de la precocidad en el diagnóstico, no refleja la realidad de la mayoría de los países involucrados en esta subregión, ya que y solo a modo

de ejemplo, Paraguay y Uruguay posee un 13% de discapacidades, mientras con un 7%, presentan un elevado porcentaje de casos nuevos no evaluados (40% y 19% respectivamente).

En cuanto al número total de recidivas diagnosticadas en el transcurso del año que se informa, sólo Argentina notificó un total de 16 casos, observándose en el 63% en pacientes que habían realizado tratamiento PQT y el 37% restantes en pacientes con tratamiento monoterápico (DDS). Se resalta que Brasil no brindó información al respecto y que en el resto de los países no se registrarán recidivas.

En el transcurso de 1996 salieron del registro activo un total de casi 70.000 pacientes, de los cuales, casi el 60% lo hicieron por "cura" y el 36% por "alta estadística". Este porcentaje de "altas estadísticas" que se observó en general entre rangos de 18% a 36%, habla a favor de la depuración de los archivos que se están (llevando a cabo en los diferentes países de la Subregión).

Se agradece la invaluable colaboración brindada por lo jefes de los Programas de Lepra del países miembros del Incosur en las personas de : Dra. Mirta C. Antola (Argentina); Dra. Marfa Virginia Paredes (Bolivia); Dra. Maria Leide Wand-Del-Rey (Brasil); Dra. Rinna Ortega (Chile) y del Dr. Oscar R. Leguizamón (Paraguay); sin la cual no hubiera sido posible la elaboración del presente trabajo.