

## **Eliminação na Amazônia / Amazonian Elimination**

### **Dra. Ana Maria Zulueta**

*Coordinadora Proyecto Control  
Enfermedades Endémicas  
Venezuela*

### **Control y Eliminación de la Hanseniasis en el trapecio amazonico: Colombia - Peru - Bolivia - Brasil, a partir de 1997.**

#### **I. - Antecedentes:**

En el diseño de esta Propuesta de Trabajo se tomaron en cuenta aspectos importantes que de manera radical generaron modificaciones en el escenario del enfermo de lepra en su ámbito biológico y social, debido a los cambios producidos en las estrategias de control, entre los cuales se destacan los siguientes:

1.1. Atendiendo sugerencias del Grupo de Estudio de la OMS, en 1.981 se promueve por primera vez la utilización de la Poliquimioterapia (P.Q.T.), para interrumpir la farmaco-resistencia a la Dapsona, se obtiene como producto, el disponer los enfermos de una terapia sencilla, bien tolerada de fácil administración y de corta duración la cual es capaz de interrumpir la transmisión y curar sin dejar incapacidades residuales, facilitando también la disminución del estigma social que acompaña a la enfermedad.

1.2. Consecuencia de los satisfactorios resultados obtenidos con la administración sistemática de la P.Q.T. durante una década, en 1.991 los Estados Miembros de la OMS, mediante Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud se comprometen a Eliminar la Hanseniasis como problema de Salud Pública para el año 2.000 y en 1.992 se diseña el Plan Regional para la Eliminación en las Américas.

1.3. En 1.994, se realiza la Primera Conferencia Internacional de Eliminación, ratificándose en

la Declaración de Hanoi, la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (año 1.991). Como una forma de extender y viabilizar este compromiso, se promueve además el desarrollo de iniciativas puntuales, especiales dirigidas a mejorar la accesibilidad a la P.Q.T. (Proyecto SAPEL), facilitar la detección de casos ocultos avanzados, para incluirlos en esta forma de terapia y control (Proyecto LEC), así como el monitoreo y evaluación de la Estrategia de Eliminación (Proyecto LEM).

1.4. En 1.996, se presenta en la Conferencia OPS/OMS sobre eliminación de la Hanseniasis en las Américas, logros importantes obtenidos con la Estrategia de Eliminación que reflejan la reactivación de los Programas de Control, lo cual se expresa en la reducción de la Tasa de Prevalencia para América Latina (55,6%), para el quinquenio 1.991-1.995, en relación al anterior (1.996-1.990) acompañada de incremento progresivo de la cobertura P.Q.T. (51,2%), manteniéndose estable la Tasa de Detección. Se presenta además el éxito alcanzado con iniciativas sub-regionales, las cuales se encuentran en diferentes etapas de desarrollo (INCOSUR en el cono sur y CAREC en el Caribe inglés); se planifica en esta Reunión la estructuración del Plan Amazónico.

Bajo estas premisas, se realiza en Noviembre de 1.996, el diagnóstico situacional (epidemiológico y operacional), de la Hanseniasis en los países integrantes de la Amazonia, del cual se desprende la información que sustenta la Propuesta de Intervención en esta Región.

#### **II. - Diagnóstico situacional (epidemiológico y operacional) de la Hanseniasis en la Región Amazónica:**

##### **2.1. Ubicación geográfica:**

La Región Amazónica de los países: Colombia - Peru - Bolivia - Brasil, tiene una extensión aproximada de 7.765 Km. y esta representa casi el 50% de la frontera total

internacional que limita a Brasil. La población de esta región se caracteriza por ser fundamentalmente rural dispersa y nómada, representando para cada país en particular, menos del 15% de su población total.

## 2.2. Hanseniasis: Situación epidemiológica y cobertura P.Q.T.:

De acuerdo al Reporte Internacional de los países (SIL - OPS/OMS), para 1996, se observa que esta Región alcanza una prevalencia de 0,77 por diez mil hab. y una cobertura P.Q.T. del 99,9% (cuadro 1), excepto Bolivia pues no se disponen de datos.

Se incluye además la información del Ecuador pues el diagnóstico situacional del Programa se realizó recientemente. Es el único país que alcanzó la meta de eliminación en 1989, aunque existe provincias o bolsones endémicos cuya tasa de prevalencia es superior a 1:1000.

Ahora bien, el análisis de este indicador para la frontera Amazónica de estos países muestra para 1.996, que solo la zona limítrofe del Ecuador con Colombia y Perú (prevalencia de 0.5 - 0.63 por diez mil hab.), alcanza la meta de Eliminación. Sin embargo hallazgos de la reciente Asesoría hacen suponer una prevalencia importante de validar, reconociendo el Responsable Nacional del Programa, que en la estratificación epidemiológica, esta área se clasificó como área "silenciosa" y nunca ha desarrollado actividades para control de la Hanseniasis. En la Amazonía del resto de los países, este indicador supera la meta establecida.

## 2.3. Situación operacional de los Programas de Control:

La información técnico - operativo - administrativa de los programas, obtenida a través de la asesoría realizada a cada país, se categorizó en fortalezas y debilidades (cuadro 2), evidenciándose características y nudos críticos comunes en la ejecución de las acciones de control, las se presentan a continuación:

### 2.3.1. Características comunes:

- A nivel Nacional, existe un Programa de Control con Normas adaptadas a la Estrategia de Eliminación.
- El Programa ejecuta sus acciones integrado a

- otros Programas (excepto Ecuador).
- Están descentralizados administrativamente.
- La gerencia del Programa cuenta con Responsable Nacional y Regional (excepto Ecuador).

Todos reciben de manera gratuita la terapia P.Q.T. OMS. a través de la OPS/OMS.

### 2.3.2. Nudos críticos comunes

- A nivel de la Amazonía, inexistencia de un Programa de Control de Hanseniasis bien estructurado, limitándose las acciones, al diagnóstico y tratamiento de casos así como evaluación de contactos por demanda espontánea.

Se realizó la descentralización de los enfermos y las acciones de control a las provincias, en ausencia de recurso humano preparado y financiero disponible para tales fines.

- Poca o ninguna cobertura de los servicios de atención en la periferia.
- Deficiencias importantes en la elaboración y oportunidad de la información
- desconocimiento de la real magnitud de la endemia
- Difícil acceso geográfico, población nómada.
- Ausencia de Planes de Supervisión de actividades y Evaluación de Programas.
- Poca o ningún apoyo político gubernamental - regional, para otorgar prioridad al control de la Hanseniasis bajo la estrategia de Eliminación.
- Retiro de ONGs que apoyaban algunos Programas, consecuencia de la inexistencia de prioridad epidemiológica, o bien desarrollo de una sola forma de estrategia de Eliminación.

El producto de este análisis, fue la plataforma para el diseño de una Propuesta de Intervención conjunta inter - países, de carácter inter - disciplinario e inter - institucional que fortalezca el control de la Hanseniasis en estas zonas limítrofes, para el desarrollo de acciones que permitan conocer la real magnitud de la endemia, así como aplicar las medidas de control más efectivas a los fines de la estrategia de Eliminación.

## III. - Propuesta de Intervención:

Control y Eliminación de la Hanseniasis en el Trapecio Amazónico: Colombia - Perú - Bolivia - Brasil, a partir de 1997.

#### IV. - Instituciones Responsables:

Ministerio de Salud (M.S.) de Brasil - Instituto de Dermatología Tropical y Venerología "Alfredo da Matta" (IDTVAM) - Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS).

#### V. - Base logística del Proyecto:

IDTVAM - ciudad de Manaus - Brasil

#### VI. - Objetivos:

##### 6.1. Objetivo General:

Conocer y controlar la endemia de la Hanseniasis en el Trapecio Amazónico: Colombia - Peru - Bolivia - Brasil, a partir de 1997 y enmarcado en la estrategia del Plan de Eliminación sugerido por la OMS.

##### 6.2. Objetivos específicos:

**6.2.1.** Brindar apoyo técnico a los Programas Nacionales de Control de la Hanseniasis, existentes en los países que integran el Trapecio Amazónico.

**6.2.2.** Desarrollar Planes de Acción Conjuntos Multinacionales y Proyectos de Investigación aplicada, que garanticen el efectivo control de la endemia.

**6.2.3.** Garantizar la supervisión continua y evaluación periódica de los Planes de Acción, desarrollados en el área del Proyecto.

**6.2.4.** Promover la divulgación nacional e Internacional de los resultados obtenidos en los Planes de Acción, como retroalimentación positiva para las áreas involucradas y patron de excelencia a ser replicado en otras áreas.

#### VII. - Actividades realizadas:

Se elaboró un anteproyecto "Piloto", a ejecutarse durante el primer semestre de 1997 y de acuerdo a los resultados obtenidos al evaluar este período, se realizará el diseño del siguiente.

El cronograma de actividades se cumplió de acuerdo al Plan elaborado y abarcó los componentes siguientes:

##### 7.1. Diseño y difusión del Protocolo de Trabajo

El Equipo Técnico del IDTVAM, elaboró el Plan de Acción del Trapecio Amazónico y a través de la OPS/OMS, se realizó su difusión a los países, en Enero de 1997.

##### 7.2. Asignación de recursos financieros:

Entre Febrero y Marzo la OPS/OMS, giro a los países incluidos en el Protocolo, el recurso financiero acordado para la realización de las actividades de capacitación de personal y Asesoría Técnica a los países.

##### 7.3. Capacitación en servicio del personal de las diferentes disciplinas:

###### - Marzo 1997:

Enfermera de Colombia, por el IDTVAM en Manaus - Brasil.

Enfermeras de Bolivia (Riberalta y Guayaramerin), por el Grupo de Puerto Velho - Brasil.

###### - Abril 1997:

Capacitación de 15 profesionales de la salud de diferentes disciplinas, procedentes de los centros de atención de la frontera del Trapecio Amazónico: Peru (05), Colombia (05) y Brasil (05), apoyados técnicamente por el Equipo del IDTVAM y la cooperación OPS/OMS.

###### - Mayo 1997:

Personal de salud (médico y técnicos) de Bolivia (Cobija), por el Grupo de Acre - Brasil.

##### 7.4. Evaluación de Programas y Sistemas de Información:

###### - Abril 1997:

Evaluación del Programa de Control ejecutado en el Departamento de Santa Cruz (Bolivia) y se establecieron las directrices para la depuración del Registro. Se realizó también la revisión de 03 Proyectos SAPEL, elaborados para las provincias de Trinidad, Riberalta y Guayaramerin, los cuales serán sometidos en Junio a la consideración del Comité de Expertos de la OMS, en Ginebra.

###### - Mayo 1997:

Aunque no fue contemplado en el Plan inicial, se realizó la evaluación del Programa de Control de Hansen en Ecuador: provincias

Morona Santiago (area amazónica), el Azuay y Guayas. Sus resultados se incluyeron en el Plan del Amazonas.

#### 7.5. Evaluación del Plan y Presentación de Resultados:

Se cumplió con más del 90% de las actividades programadas, las cuales estuvieron dirigidas al fortalecimiento de las estructuras de salud, a través de la capacitación del personal responsable de las acciones control en las áreas fronterizas; se realizó también evaluación de Programas y Sistemas de Información; se elaboraron 03 Proyectos SAPEL.

Las únicas actividades diferidas fueron: la Reunion Binacional Brasil - Bolivia, que se suspendió por razones ajenas al Proyecto y la supervision de las acciones de control en las áreas capacitadas: Leticia (Colombia) y Tabatinga (Brasil), postergada para el segundo semestre pues finalizo el entrenamiento el 02 de Mayo.

Todas las actividades desarrolladas en este período, están contenidas en los dos primeros objetivos específicos, pero el Proyecto contempla además la ejecución de Planes y evaluación en el terreno una vez que el personal se encuentra preparado para el desempeño de sus labores, lo cual seria la base para el diseño del Plan a ejecutar el segundo semestre.

### VIII. - Conclusiones y Recomendaciones:

#### 8.1. Conclusiones:

La Propuesta de Control y Eliminación de la Hanseniasis en el Trapecio Amazónico se elaboro con la finalidad de fortalecer las acciones de control en las fronteras de los países involucrados, obteniéndose al final del primer semestre de su ejecución los siguientes logros:

- Fortalecimiento de las estructuras para garantizar un control mas efectivo de la Hanseniasis, a través de la preparación del personal de salud involucrado.
- Una mayor aproximación al conocimiento de la real magnitud y patron de comportamiento de la Hanseniasis en la Amazonia.
- Promoción y ejecución de iniciativas conjuntas inter - países, para el alcance de fines comunes.

- Mayor apertura y disposición política de los países involucrados, para apoyar el trabajo en las fronteras propias y vecinas.
- Mayor motivación de los equipos de trabajo para el desarrollo de trabajo multinacionales e intercambio de experiencias.

#### 8.2. Sugerencias:

- Diseño del segundo semestre del Plan, incorporando actividades que involucren los objetivos específicos dirigidos a: desarrollo de planes de acción multinacionales, garantizar la supervision continua y evaluación periódica de éstos, así como promoción y difusión nacional e internacional de los resultados alcanzados.
- Promover a través de la OPS/OMS completar el Estudio de la Amazonía, incluyendo otros países con posible endemia de Hansen en sus fronteras.
- Incluir en el Plan del Trapecio Amazónico el Ecuador con cuatro grandes objetivos: a) A través de la OPS/OMS, promover el apoyo político gubernamental en la Estrategia de Eliminación de la Hanseniasis como problema de Salud Pública en el Ecuador, bajo las directrices del Programa Nacional de Control, del Ministerio de Salud Pública del país; b) Brindar apoyo técnico en las acciones a desarrollar en su frontera Amazónica, tradicionalmente desasistida para el control de la Hanseniasis; c) Garantizar un seguimiento mas cercano de su meta de Eliminación; d) Promover y realizar planes de trabajo conjuntos para interrumpir la transmisión en las áreas catalogadas de alto riesgo así como validar las de bajo riesgo epidemiológico.
- Promover y organizar con el apoyo de la OPS/OMS, la Primera Reunion de evaluativa del Plan Amazónico, al finalizar el primer año de ejecución, con sede en la frontera de alguno de los países involucrados elaborar para conocer logros, dificultades, oportunidades y de acuerdo a estos resultados elaborar en conjunto el Plan a desarrollar el próximo año, con participación de los niveles políticos gubernamentales de los países participantes.

**Cuadro 1:** Movilidad por hanseniasis en países que integran el trapecio amazonico Sistema de información SIL/OPS, Año 1996

Países	Casos Reg.	Prev. por diez mil habitantes	Casos Nuevos	Tasa Detec. x 10.000 hab.	Cobert. PQT
Bolivia (*)	716	0,94	32	0,04	...
Colombia	4262	1,19	709	0,20	100
Ecuador (**)	579	0,49	82	0,07	100
Peru	264	0,11	92	0,04	100
<b>Total Region Amazonica</b>	<b>5.821</b>	<b>0,77</b>	<b>915</b>	<b>0,12</b>	<b>100</b>

Fuente: SIL/OPS, 2) OMS, POP: OPS/OMS - Situación de Salud en las Americas - Indicadores básicos 1.995 (\*) Información preliminar ... Datos no disponibles

(\*\*) Sin incluir en el plan inicial

**Cuadro 2:** Fortalezas y debilidades de los programas de control de lepra por países del trapecio amazonico - noviembre 1996

PAÍSES	AREA MODELO	FORTALEZAS	DEBILIDADES
COLÓMBIA	*Bogotá (Coord. Nac.) *Frontera Amazónica: Leticia, Tabatinga, Islândia, Benjamín Constant, Caballo Cocha. (Prev. 1-3 por diez mil H.)	(1) Programa de Control del Plan de Eliminación (2) Integreción e otros programas y Descentralización Administrativa (3) Gerencia Nacional y Regional (4) Suministro suficiente de terapia PQT/OMS (5) Sistema de Información SIL - OPS/OMS	(1) Desconocimiento de la Real Magnitud de la enfermedad (2) Falta de capacitación en servicio del personal de salud local (3) Poca ó ninguna cobertura de los servicios de atención en la periferia. (4) Dificil acceso geográfico, población nomada, flotante (5) Inexistencia de prioridad epidemiológica para asignación de recursos al programa. (6) Inexistencia de programa de vigilancia de contactos (7) Deficiencias en la elaboración y oportunidad de información
BOLIVIA	*La Paz (Coord. Nac.) *Dpto del Beni: Trinidad, Ríberalta, Guayaramerín (Prev. 1-2, por diez mil hab.)	(1) Igual anterior (2) Igual anterior (3) Igual anterior (4) Igual anterior (5) Igual anterior	(1) Igual anterior (2) Igual anterior (3) Igual anterior (4) Igual anterior (5) Igual anterior (6) Igual anterior (7) Igual anterior
PERU	*Lima (Coord. Nac.) *Loreto: Iquitos, Tarmishacu (Prev. 1,82 por diez mil hab.)	(1) Igual Anterior (2) Igual Anterior (3) Igual Anterior (4) Igual Anterior (5) Igual Anterior	(1) Igual anterior (2) Igual anterior (3) Igual anterior (4) Igual anterior (5) Igual anterior (6) Igual anterior (7) Igual anterior
ECUADOR	*Quito (Coor. Nac.) *Amazonia: Morona Santiago *Provincias: Azuay, Guayas (Prev. 0,5-0,63 por diez mil habitantes)	(1) Igual Anterior (2) Estructura vertical * (3) Gerencia nacional y epidemiólogos responsables provinciales (4) Igual Anterior (5) Igual Anterior	(1) Igual anterior (2) Igual anterior (3) Igual anterior (4) Igual anterior (5) Igual anterior (6) Igual anterior (7) Igual anterior (8) Ausencia de peso de supervisión de actividades y evaluación de programas

Fuente: Información de los países

(1) Diagnóstico de situación realizado en mayo de 1997

**Cuadro 3:** Cronograma de actividades - Control e eliminación de la hanseniasis en trapecio amazónico: Colombia - Peru - Bolivia - Brasil, a partir de 1997 (enero - junio de 1997)

ACTIVIDADES	MESES / AÑO 1997					
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
1 - Reuniones Interinstitucionales IDTVAM - OPS/OMS	■					
2 - Difusión del Plan de Acción por parte de la OPS/OMS	■					
3 - Inicio de entrenamiento del personal técnico Guajaramerin y Riberalta (Bolivia)		■				
4 - Asignación de los Recursos Financieros por parte de OPS/OMS al IDTVAM		■				
5 - Actualización del Registro de Hansen de Guajaramerin y Riberalta (Bolivia)		■				
6 - Sensibilización de las Comunidades de Guajaramerin (Bolivia)			■			
7 - Entrenamiento Personal de Leticia (Colombia)			■			
8 - Actualización del registro de Hansen de Santa Cruz (Bolivia)				■		
9 - Reunión Binacional (Bolivia-Brasil) de Evaluación del Programa de Hansen				■		
10 - Visita a Manaus, del Asesor OPS/OMS del área Amazónica					■	
11 - Supervisión del Programa de Hansen: Tabatinga (Brasil) y Leticia (Colombia)					■	
12 - Evaluación del Plan de Acción de la Hanseniasis Trapecio Amazónico						■
13 - Presentación de los resultados del Plan en IX Congreso de Hanseniología (Brasil)						■