



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XXVI Reunión

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD



XXXI Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-Octubre 1979

INDEXED

Tema 34 del proyecto de programa

CD26/17 (Esp.)

30 julio 1979

ORIGINAL: ESPAÑOL

CONTROL DE LA LEPROA EN LA REGION DE LAS AMERICAS

I. INTRODUCCION

La lepra es una enfermedad que ha sido introducida en América por los colonizadores (españoles, portugueses y otros). La evidencia histórica indica que la población indígena estaba, como la está hasta hoy, libre de la endemia.

Los primeros casos han sido descritos a principios del siglo VI (Colombia), y el primer "leprosario" funcionó en Cartagena (1530), ocasión en que la población enferma era predominantemente negra (esclavos).

Numerosos focos aparecieron durante los últimos cuatro siglos, siempre relacionados con las características de ocupación de la tierra y las corrientes migratorias.

Sin embargo, el foco más importante de las Américas--la región amazónica--es de constitución reciente. Los primeros casos fueron diagnosticados a fines del siglo XIX.

Las medidas de control utilizadas en el pasado se basaban en la búsqueda de los casos y en el aislamiento compulsorio, y solamente a partir de los años 50, con el advenimiento de la terapéutica sulfónica, se inicia el tratamiento ambulatorio de los enfermos.

II. MAGNITUD Y EXTENSION DEL PROBLEMA

La lepra es endémica en todos los países de las Américas, con excepción de Chile continental. Como regla general el problema es de severidad mediana comparado con los focos africanos y asiáticos. La distribución geográfica de los casos es variable con una tendencia a concentrarse en focos bien definidos, algunos de ellos llegando a coeficientes de morbilidad del 20-30 por 1,000 habitantes.

Como características epidemiológicas sobresalientes se pueden anotar:

- a) Con pocas excepciones, la mitad de los casos diagnosticados son de las formas multibacilares (lepromatosos y dimorfos).
- b) La frecuencia en niños (grupo de edad 0-14 años) es inferior al 15%.
- c) Hasta los años 50 la mayor parte de los casos descubiertos (cerca del 70%) venían de las áreas rurales (pueblos de menos de 2,500 habitantes o población dispersa). En la actualidad esta situación se ha invertido debido al fenómeno de "urbanización acelerada" observado en América latina.

Los cuadros y mapa anexos enseñan los datos de prevalencia e incidencia en 41 países o territorios de las Américas, según la información más reciente compilada por la OPS/OMS, y los comentarios siguientes tienen por objetivo dar una visión global del problema en cada uno de los países.

1. América del Norte

En el Canadá están registrados 64 casos con un promedio de 13 enfermos nuevos anuales para el período 1972-1976.

En los Estados Unidos de América el registro actual es de 1,705 enfermos con un promedio de 140 casos nuevos por año, los focos principales distribuidos en Louisiana, Florida y los estados fronterizos con México (Texas y California principalmente), Hawaii y Puerto Rico.

En México 70% de los enfermos se encuentran en los estados de la costa del Pacífico (Guanajuato, Sinaloa, Nayarit, Jalisco).

2. América Central

Excluido el Canadá y los Estados Unidos de América, el área tiene los más bajos coeficientes de morbilidad en las Américas. Los focos principales están localizados en la costa del Pacífico, alrededor del Golfo de Fonseca, territorios de El Salvador, Honduras y Nicaragua, y en la península de Azuero (Panamá). Solamente dos focos han sido identificados en la costa del Atlántico: Limones, en Costa Rica y Bocas del Toro en Panamá.

3. Región del Caribe

La situación epidemiológica es variable: algunos países tienen coeficientes de morbilidad relativamente altos del 9 al 25 por 1,000 (Guyana Francesa, Guadalupe, Martinica y Suriname). Sin embargo, en estos países la proporción de casos multibacilares (lepromatosos y dimorfos) es más baja que el promedio de las Américas. En los países o territorios de habla inglesa el coeficiente más alto es el de Santa Lucía (sobre 4 por 1,000). Grenada, Guyana y Trinidad y Tabago tienen coeficientes de morbilidad sobre 2 por 1,000. En los otros países o territorios el problema parece ser de menor importancia.

En Cuba más de la mitad de los enfermos viven en las provincias orientales (Camaguez, Guantánamo, Santiago) y Oriente Sur.

La República Dominicana presenta dos características epidemiológicas interesantes: más del 50% de los enfermos viven en Santo Domingo (capital) y la mayor parte (55%) de los casos son del sexo femenino.

En Haití la situación es prácticamente desconocida, pero parece que existen nuevos casos en los departamentos del norte, Aribonite y Cape Haitien.

4. América del Sur

En Venezuela el coeficiente de morbilidad estimado es inferior al 2 por 1,000. La incidencia (tasa de detección de casos) se ha reducido en cerca del 75% en los últimos 25 años.

Colombia tiene cerca de 20,000 casos bajo tratamiento. Los principales focos están localizados en la rama sur oriental de la cordillera de los Andes. Muchos pacientes adquieren la enfermedad en alturas superiores a 2,000 metros sobre el nivel del mar.

En el Ecuador la mayor parte de los casos diagnosticados son de la costa del Pacífico (provincias de Guayas, Los Ríos y El Oro). Pocos casos provienen de la Sierra.

En el Perú más del 80% de los casos son infectados en la Amazonia, principalmente en el Río Ucayali y sus tributarios.

En Bolivia la lepra aparentemente no se transmite en el altiplano andino, pero la situación es seria en los departamentos de Santa Cruz y Chuquisaca y en la cuenca amazónica en el noroeste del país. En 1974 una investigación intensiva de 32,000 habitantes de la provincia de Vallegrande (Departamento de Santa Cruz) reveló un coeficiente de morbilidad del 14 por 1,000.

Brasil. Más del 65% de los casos registrados en las Américas provienen de este país, pero la distribución geográfica de la endemia no es uniforme. La distribución de los coeficientes de morbilidad por regiones es (1975):

Amazonia	2.94 por 1,000
Noreste	0.30 por 1,000
Sureste	1.68 por 1,000
Centro Oeste	2.01 por 1,000
Sur	0.97 por 1,000

La región amazónica tiene 6.9% de la población general del país y 15.6% de los casos de lepra registrados, mientras la región Sureste tiene 42.4% de la población y 55.1% de los casos.

En 1978 se descubrieron cerca de 12,000 casos nuevos o 10 por 100,000 habitantes (49% de las formas multibacilares).

En la Argentina los casos conocidos se concentran en las provincias del noreste del país y en el "Gran Buenos Aires" donde cerca del 70% de los enfermos no son autóctonos pero sí inmigrantes de las áreas endémicas.

En el Uruguay se han registrado 514 enfermos, en su mayor parte oriundos de las provincias nororientales (Paisandú, Salto y Artigas).

El Paraguay tiene el coeficiente de morbilidad estimado más alto en América del Sur (3.3 por 1,000 habitantes), casi todos los casos detectados en las provincias orientales y en la capital (Asunción).

Chile representa una situación epidemiológica peculiar. La lepra aparentemente no se transmite. La Isla de Pascua, localizada a 5,000 km de la costa del Pacífico, de población polinesia, tiene un coeficiente de morbilidad de 30 por 1,000.

III. ORGANIZACION, RECURSOS Y ACTIVIDADES PARA EL CONTROL DE LA LEpra

El Cuadro III resume la situación de los programas de control de la lepra en las Américas en sus aspectos principales.

1. Estructura de los programas

En seis países (Argentina, Guatemala, Guyana, Panamá, Trinidad y Tabago y Uruguay) los programas de control están estructurados verticalmente, es decir con organización y personal propio destinado a la ejecución de las actividades de control.

En otros tres países los programas aunque verticales, directos, ejecutan actividades de control para otras enfermedades. En la República Dominicana el programa se encarga también del control de la tuberculosis en un área del país (región este); en el Paraguay hay una coordinación con los servicios regulares de salud, principalmente en las actividades de búsqueda de casos, y en Venezuela los programas son descentralizados a nivel de los estados y su personal de planta se encarga de otros problemas de "dermatología sanitaria": oncocerciasis, leishmaniasis (cutánea y visceral), micosis profundas.

En otros 21 países y territorios las actividades de control son responsabilidad de los servicios generales de salud pero solamente en unos pocos de ellos existe un organismo central normativo y supervisor como es el caso de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, que eventualmente coordinan otras acciones--fiebre hemorrágica (Bolivia) y tuberculosis (Colombia).

2. Enfermos bajo control

Los datos del Cuadro III deben interpretarse bajo reserva debido a una falta de unidad de criterios en la definición sobre lo que es "un caso de lepra" y lo que se considera un "enfermo controlado" o "bajo tratamiento regular".

3. Política técnica

En 20 países o territorios existen "normas o procedimientos administrativos" que orientan las actividades de control de la lepra. Un examen de estos documentos pone de manifiesto la disparidad de criterios utilizados y la necesidad de uniformarlos.

4. Enfermos internados en leprosalarios

Aunque hay consenso en cuanto a la inutilidad del "aislamiento" como medida de control de la endemia, todavía funcionan varios "leprosalarios" en la Región. Hay cerca de 26,000 enfermos internados en instituciones especializadas, de los cuales 20,000 están en el Brasil.

5. Ayuda de las organizaciones internacionales y privadas

En la mayor parte de los países de las Américas el problema de la lepra está en competencia con los servicios de atención médica general para obtener recursos de los ministerios de salud y no recibe la prioridad necesaria según la importancia relativa del problema.

Sin embargo, se cuenta con la ayuda de recursos extrapresupuestarios aportados por las organizaciones privadas congregadas en la LLEP y canalizados a los países por tres mecanismos diferentes:

- a) Ayuda financiera directa a programas con finalidad limitada: leprosarios, talleres de zapatería y/o fisioterapia, asistencia social a grupos de enfermos y sus familias.
- b) Ayuda financiera a los Gobiernos para la ejecución de programas de control (Bolivia, Argentina, Paraguay, Colombia, Guatemala).
- c) Fondos proporcionados a la OPS/OMS para la formulación y ejecución de programas en algunos países y para el adiestramiento de personal (Cuadro IV).

IV. COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS

La cooperación técnica se realiza por intermedio del proyecto AMRO-0500 (Control de la lepra) que depende de la Unidad de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades. A nivel local el proyecto regional se coordina con los de las series 5000 (Representantes en los Países) y 3400 (Epidemiólogos de Area).

Otro recurso con que cuenta la OPS/OMS es su Centro asociado Panamericano para Investigación y Adiestramiento en Lepra y Enfermedades Tropicales (CEPIALET) con sede en Caracas, Venezuela.

La política en que se basa la asistencia de la OPS/OMS es la establecida en la Recomendación 10 de la III Reunión Especial de Ministros de Salud, Santiago, Chile, 1972:¹

"10. Reducir la incidencia y prevalencia de la lepra con miras a la disminución consiguiente de las incapacidades resultantes.

En este sentido es preciso:

- Desarrollar y mejorar programas de control y de vigilancia epidemiológica de la lepra, así como de adiestramiento de personal especializado, tanto profesional como auxiliar, en este campo.

¹Plan Decenal de Salud para las Américas, Documento Oficial de la OPS 118, páginas 31 y 32

- Desarrollar y mejorar los servicios clínicos, que comprendan la rehabilitación, el adiestramiento de personal y el fomento de la investigación.
- Mejorar el diagnóstico y la clasificación de la lepra, facilitando así la obtención de información epidemiológica más fidedigna.
- Establecer un centro regional de adiestramiento e investigación con miras a definir una metodología uniforme para el control de la lepra.
- Establecer unidades piloto de campo para realizar investigaciones epidemiológicas de la enfermedad.
- Tratar, en lo posible, hasta el 100% de los casos infecciosos (lepromatosos, dimorfos e indeterminados).
- Promover la vigilancia epidemiológica y el tratamiento por lo menos del 75% de los contactos.

Estas actividades deberán estar integradas en servicios generales de salud adecuadamente calificados."

Además, la política de control de la lepra de la OPS/OMS sigue las recomendaciones de la 5a Reunión del Comité de Expertos de la OMS¹ aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1977.

El Cuadro V demuestra los países que han recibido asistencia de la OPS/OMS en el período 1973-1978, según las tres modalidades principales de la ayuda programada.

V. EL CENTRO PANAMERICANO PARA INVESTIGACION EN LEPRO Y ENFERMEDADES TROPICALES (CEPIALET)

La XXIV Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1976) reconoció la importancia de este Centro y aceptó la oferta del Gobierno de Venezuela para que su "Instituto Nacional de Dermatología" fuera una institución asociada al programa de cooperación técnica de la OPS/OMS.

En su capacidad de centro asociado, CEPIALET ha desarrollado los siguientes programas en el período 1973-1978:

¹OMS Serie de Informes Técnicos No. 607, 1976

1. Investigación

1.1 De laboratorio

- a) Transmisión experimental de la lepra al armadillo. El bioterio del Centro mantiene cerca de 100 animales, en su mayoría parte de la especie Dasyus sabanicola que es susceptible a la enfermedad (diseminada) en cerca del 25% de los inoculados. Está por terminarse la construcción de un bioterio especial con capacidad para 700 armadillos donde se espera continuar los estudios de transmisión experimental de la lepra y de la reproducción y cría en cautividad.
- b) Purificación del Micobacterium leprae. Se adelantan estudios para obtener material purificado que sirva para determinar las fracciones antigénicas del bacilo y para la preparación de una vacuna específica. El proyecto tiene la colaboración del Instituto Armand Frappier (Canadá), el Consejo de Investigaciones Científicas (Inglaterra) y el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas (EUA).

1.2 Operacionales

- a) Prueba de campo de un antígeno proteico extraído de Micobacterium leprae proveniente de armadillos experimentalmente infectados. Los primeros resultados (pruebas en áreas endémicas y no endémicas como Chile) indican que se trata de un producto biológico específico que podría revelar las tasas de infección de las poblaciones investigadas.
- b) Experiencia sobre la metodología del control conjunto de tuberculosis y lepra, Estado de Apure, Venezuela.
- c) Evaluación de métodos de alto rendimiento en la búsqueda de casos: selección de contactos extradomiciliarios para examen dermatológico sistemático obedeciendo a una escala prioritaria según el grado de exposición a las fuentes de infección.

1.3 Asistencia a los países de las Américas en la formulación y ejecución de los programas de control. CEPALLET ha colaborado con la OPS en este campo, además de que sus técnicos han prestado colaboración (consultoría a corto plazo) a los programas de control de Cuba, República Dominicana, Bolivia y a los países menos desarrollados del Caribe.

1.4 Adiestramiento

CEPIALET realiza dos cursos anuales de dermatología sanitaria para becarios internacionales (4.5 meses de duración) y un curso de prevención y tratamiento de las incapacidades ocasionadas por la lepra (dos meses de duración), además de recibir becarios para pasantías de varios tipos tanto para personal médico como auxiliar.

El Cuadro VI resume los campos de adiestramiento proporcionando el número de personal adiestrado y los países beneficiados.

A N E X O S

CUADRO I Casos de lepra en registro activo por país, número estimado de pacientes, tasas de prevalencia y casos bajo vigilancia, 1976 o año más reciente disponible. Región de las Américas

FIGURA 1 Casos notificados (nuevos) de lepra en las Américas por 100,000 habitantes, 1976, o año más reciente disponible

CUADRO II Casos notificados de lepra en las Américas, con tasas por 100,000 habitantes, 1972-1976 (promedio anual), 1976 y 1977

CUADRO III Situación de los programas de control de la lepra en las Américas

CUADRO IV Aportes extrapresupuestarios a la OPS/OMS, Control de la lepra, 1974-1979

CUADRO V Asistencia de la OPS/OMS a los programas de control de la lepra en las Américas, 1973-1978

CUADRO VI Centro Panamericano para Investigación y Adiestramiento en Lepra y Enfermedades Tropicales (CEPIALET). Programa de adiestramiento, 1973-1979

CUADRO I

CASOS DE LEPROA EN REGISTRO ACTIVO POR PAIS,
 NUMERO ESTIMADO DE PACIENTES, TASAS DE PREVALENCIA
 Y CASOS BAJO VIGILANCIA, 1976 O AÑO MAS RECIENTE
 DISPONIBLE. REGION DE LAS AMERICAS

País o territorio	Población estimada (en miles) 30 junio 1976	Casos registrados		Total estimado		Casos bajo vigilancia	
		Año	Número	Número	Tasa por mil	Número	%
Venezuela	11,632	1975	12,734	19,101(a)	1.6	8,923	46.7
Suriname	411	1973	2,311	4,044(b)	9.8	2,311	57.2
Guyana	774	1976	665	1,164(b)	1.5	642	55.2
Trinidad/Tabago	1,070	1976	906	1,359(a)	1.3	869	63.9
Barbados	244	1975	33	66(c)	0.3	33	50.0
Grenada	96	1975	94	282(d)	2.9	94	33.3
Jamaica	2,008	1975	366	549(a)	0.3	348	63.4
Bahamas	197	1974	1	3(d)	0.0	1	33.3
San Vicente	96	1968	13	39(d)	0.4	13	33.3
Sta. Lucía	107	1973	204	408(c)	3.8	204	50.0
Montserrat	12	1975	2	6(d)	0.5	2	33.3
Antigua	70	1976	48	144(d)	2.1	10	6.9
San Cristóbal-Nieves-Anguila	65	1975	4	12(d)	0.2	4	33.3
Islas Vírgenes (Reino Unido)	10	...	...	10(e)	1.0	...	...
Dominica	74	1975	11	33(d)	0.5	11	33.3
Islas Caimán	11	...	...	10(e)	0.9	...	...
Islas Turcas y Caicos	-	1974	...	10(e)	-	...	...
Bermuda	55	1975	2	6(d)	0.1	2	33.3
Guayana Francesa	58	1971	957	1,436(a)	24.8	749	52.2
Guadalupe	349	1975	2,033	3,050(a)	8.7	1,802	59.1
Martinica	358	1973	2,180	3,270(a)	9.1	1,204	36.8
Antillas Neerlandesas	238	...	...	20(e)	0.1	...	...
Subtotal	58,118		14,775	25,867	0.4	10,742	41.5

O P S / O M S A R E A I

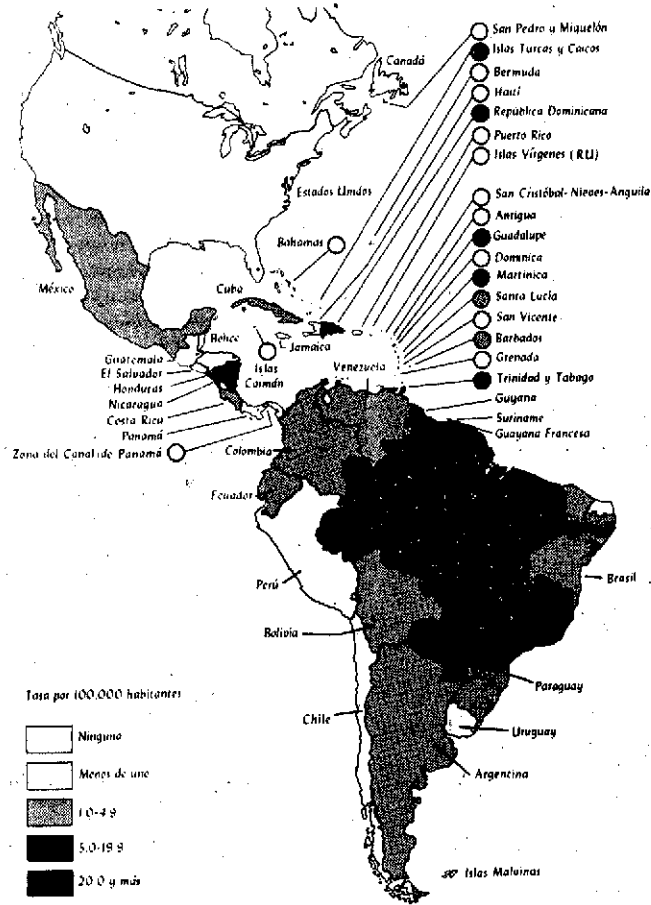
PAISES

TERRITORIOS BRITANICOS

TERRITORIOS FRANCESAS

FIGURA 1

Casos notificados (nuevos) de lepra en las Américas, por 100,000 habitantes, 1976, o año más reciente disponible.



CUADRO II

CASOS NOTIFICADOS DE LEPRO EN LAS AMERICAS, CON TASAS POR 100,000 HABITANTES,
1972-1976 (PROMEDIO ANUAL), 1976 Y 1977^a

País u otra unidad política	Casos			Tasas		
	Promedio anual 1972-1976	1976	1977 ^a	Promedio anual 1972-1976	1976	1977 ^a
Antigua	2	—	—	2.9	—	—
Argentina	608	616 ^a	743	2.4	2.4	2.9
Bahamas	1	—	—	0.5	—	—
Barbados	2	3	3	0.8	1.2	1.2
Bermudas	—	—	—	—	—	—
Bolivia	56	75	65	1.0	1.3	1.1
Brasil	8,078	9,647	6,032	7.8	8.8	5.4
Canadá	13	17 ^a	16	0.1	0.1	0.1
Colombia	1,029	950	—	4.5	3.9	—
Costa Rica	30	25	26	1.6	1.2	1.3
Cuba	321	377 ^a	334	3.5	4.0	3.5
Chile	—	—	—	—	—	—
Dominica	1	—	2	1.3	—	2.6
Ecuador	126	87	—	1.8	1.2	—
El Salvador	3 ^b	3	2	0.1	0.1	0.0
Estados Unidos de América	140	145	131	0.1	0.1	0.1
Grenada	6	—	—	6.1	—	—
Guadalupe	83	67 ^a	37	23.8	18.6	10.1
Guayana Francesa	57	57	42	96.6	91.9	65.6
Guyana	51	58	—	6.6	7.4	—
Haití	7	12	10	0.2	0.3	0.2
Honduras	7	8	—	0.3	0.3	—
Islas Turcas y Caicos	—	—	5	—	—	83.3
Islas Virgenes (RU)	—	—	—	—	—	—
Jamaica	18	—	27	0.9	—	1.3
Martínica	32	—	—	9.1	—	—
México	693	714	—	1.2	1.1	—
Nicaragua	—	— ^a	—	—	—	—
Panamá	1	—	5	0.1	—	0.3
Paraguay ^b	187	87	—	13.4	5.8	—
Perú ^b	35	52	—	0.4	0.5	—
Puerto Rico	7	—	—	0.2	—	—
República Dominicana	400	476 ^a	399	8.8	9.7	8.0
San Cristóbal, Nieves y Anguila	—	—	—	—	—	—
San Pedro y Miquelón	—	—	—	—	—	—
San Vicente	—	1 ^a	—	—	0.9	—
Santa Lucía	2	2	—	1.9	1.8	—
Suriname	—	—	—	—	—	—
Trinidad y Tabago	93	66	—	8.7	6.0	—
Uruguay	10	4	—	0.3	0.1	—
Venezuela ^b	316	—	—	3.5	—	—

— Ninguno.

... No se dispone de datos.

^a Datos incompletos o provisionales.

^b Área de notificación.

CUADRO III

SITUACION DE LOS PROGRAMAS DE CONTROL DE LA LEPRO EN LAS AMERICAS

País o territorio	Estructura del programa(1)	% enfermos bajo control	Política expresada en normas	Enfermos ubicados leprocomio	Ayuda financiera organismos privados(2)
Antigua	I	20.8	NO	15	E.S., JSIF
Argentina	V	63.6	SI	350	O.M., DAHW
Bahamas	-	...	NO	-	E.S.
Barbados	-	...	NO	-	-
Belize	-	1	NO	-	-
Bermuda	-	100.0	NO	-	-
Bolivia	I, COT	64.9	SI	60	DAHW, JSIF, F.D.
Brasil	I	61.0	SI	20,000	JSIF, DAHW, A.L.M., LEPRO
Canada	I	78.1	NO	-	-
Islas Caimán	-	...	NO	...	E.S., JSIF
Chile	I	90.0	NO	7	DAHW
Colombia	I, CTB	89.0	SI	2,600	DAHW, JSIF, N.A.
Costa Rica	I	77.8	SI	-	JSIF, F.D.
Cuba	I	98.9	SI	450	JSIF
Dominica	-	...	NO	4	JSIF, F.D.
Ecuador	I	90.8	SI	115	-
El Salvador	-	100.0	NO	-	F.D.
Islas Malvinas	-	-	NO	-	-
Guayana Francesa	I	96.7	SI	-	-
Grenada	I	100.0	NO	-	JSIF, F.D.
Guadalupe	I	88.6	SI	-	-
Guatemala	V	38.8	NO	40	O.M., F.D.
Guyana	V	100.0	SI	130	A.L.M.
Haití	-	34.8	NO	-	F.D.
Honduras	I	15.8	SI	-	F.D.
Jamaica	I	95.1	SI	25	-
Martinica	I	55.2	SI	-	-
México	I	71.9	SI	110	-
Montserrat	-	0.0	NO	-	F.D., JSIF
Antillas Neerlandesas	-	...	NO	-	-
Nicaragua	-	48.1	NO	55	F.D., JSIF
Panamá	V	100.0	NO	65	F.D., JSIF
Panamá (Zona Canal)	-	...	NO	-	-
Paraguay	V, COT	61.2	SI	150	DAHW, JSIF
Perú	I	60.5	NO	170	-
Puerto Rico	I	...	NO	-	-
Rep. Dominicana	V, CTB	89.6	SI	75	F.D., DAHW
San Cristóbal-Nieves-Anguila	-	...	NO	-	-
Santa Lucía	I	100.0	NO	-	F.D., JSIF
San Pedro	-	...	NO	-	-
San Vicente	I	100.0	NO	4	F.D., JSIF
Suriname	I	100.0	SI	-	-
Trinidad y Tabago	V	96.0	SI	95	A.L.M.
Turcos y Caicos	-	...	NO	-	F.D., JSIF
Estados Unidos de América	I	...	SI	350	-
Uruguay	V	100.0	NO	35	O.M.
Venezuela	V, COT	71.3	SI	250	DAHW, JSIF, A.L.M.
Islas Vírgenes (R.U.)	-	...	NO	-	F.D., JSIF
Islas Vírgenes (EUA)	-	...	NO	-	-

(1) V: Vertical
 I: Integrado
 CTB: Combinado con tuberculosis
 COT: Combinado con otras endemias

(2) O.M.: Orden de Malta
 JSIF: Fondos Industria Náviara Japonesa
 DAHW: Asociación Alemana Ayuda Enfermos de Lepra
 E.S.: Emmaus-Swiss
 F.D.: Fundación Damién
 LEPRO: Leprosy Relief Association (Inglaterra)
 A.L.M.: Ayuda Holandesa

CUADRO IV

APORTES EXTRAPRESUPUESTARIOS A LA OPS/OMS,
CONTROL DE LA LEPROA, 1974-1979
(en EUA\$)

Institución donante	Finalidad			Países beneficiados
	Formulación de programas	Adiestramiento	Total	
American Leprosy Mission	-	20,000	20,000	CEPIALET (Venezuela)
Fondos Industria Naviera Japonesa	270,152	55,336	325,488	Area del Caribe, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Guatemala, Paraguay, República Dominicana, Venezuela
Emmaus-Swiss	49,525	-	49,525	Area del Caribe (LDS)
Damién Foundation	15,000	-	15,000	América Central

CUADRO V

ASISTENCIA DE LA OPS/OMS A LOS PROGRAMAS
DE CONTROL DE LA LEPROSIA EN LAS AMERICAS
1973-1978

Campos de actividad	Países o territorios
Asistencia en la formulación de programas de control de la lepra	Argentina, Antigua, Bolivia, Brasil, Chile (I. de Pascua), Colombia, Cuba, República Dominicana, Grenada, Guatemala, México, Perú, Santa Lucía, Uruguay y Venezuela
Adiestramiento de personal	Antigua, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Panamá, Perú, Santa Lucía, San Vicente, Uruguay y Venezuela
Fomento de la investigación científica aplicada	Argentina, Brasil, Colombia, México, Paraguay, Perú y Venezuela

CUADRO VI

CENTRO PANAMERICANO PARA INVESTIGACION Y ADIESTRAMIENTO EN LEPRO Y ENFERMEZAS TROPICALES (CEPIALET)

PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO, 1973-1979

Países o territorios	Campos de adiestramiento					
	Diagnóstico y técnica de control		Prevención y tratamiento de las incapacidades		Técnicos de laboratorio	
	Médicos	Personal auxiliar	Médicos	Personal auxiliar	Médicos	Personal auxiliar
Antigua	1	2	1	2	-	-
Bolivia	3	4	3	4	-	2
Brasil	-	-	4	-	-	-
Colombia	2	-	1	-	4	-
Costa Rica	1	-	1	-	-	-
Cuba	4	-	3	-	1	-
República Dominicana	3	4	2	4	-	2
El Salvador	1	-	-	-	-	-
Grenada	1	2	1	2	1	-
Guatemala	3	-	3	-	-	-
Guyana	-	-	-	2	-	-
México	1	-	1	-	-	-
Montserrat	1	-	1	-	-	-
Perú	2	3	2	3	-	3
Santa Lucía	-	2	-	2	-	2
San Vicente	-	2	-	2	-	2
Venezuela	8	42	6	39	4	36
Total	31	61	29	60	7	47