

comité ejecutivo del  
consejo directivo



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

grupo de trabajo del  
comité regional

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



109a Reunion  
Washington, D.C.  
Junio 1992

Tema 4.4 del programa provisional

CE109/11 (Esp.)  
28 abril 1992  
ORIGINAL: ESPAÑOL

## PLAN DE ACCION PARA LA ELIMINACION DE LA LEPRA DE LAS AMERICAS

Se presenta un marco de referencia sobre la situación de la lepra y sus tendencias en relación con los programas de control en la Región de las Américas y de cómo se está utilizando la poliquimioterapia (PQT) como medida de control, así como los resultados obtenidos. Se analiza la prevalencia actual de la lepra en la Región y la factibilidad de alcanzar las metas propuestas por la 44a Asamblea Mundial de la Salud (1991) y ratificadas por la XXXV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (1991) Como resultado de la Resolución XIV de este último, se presenta el presente Plan de Acción para la Eliminación de la Lepra de las Américas

Este Plan de Acción tiene como propósito dar cumplimiento al mandato colectivo de la Organización, tanto en lo que corresponde a la responsabilidad de implementación por los Países Miembros, como en lo que se refiere a las actividades de cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Los objetivos están dirigidos hacia la disminución de la prevalencia de la lepra a niveles que no representen un problema de salud pública, o sea, menos de un caso por 10.000 habitantes. Las metas inmediatas (1992), a corto plazo (1994) y a mediano plazo (2000) hacen énfasis en la detección intensiva de casos, la vigilancia epidemiológica, la atención a las discapacidades y al tratamiento con PQT, de acuerdo a las condiciones epidemiológicas de los diferentes grupos de países y a la factibilidad de realizar las operaciones. El Plan define los indicadores de eliminación y el procedimiento para certificar la misma.

Las estrategias y componentes técnicos a ser aplicados por las instituciones oficiales y las organizaciones no gubernamentales en una acción integrada, incluyen: a) la mejoría del diagnóstico de la lepra inicial y avanzada (incremento de cobertura, especificidad y sensibilidad); el fortalecimiento de la red de laboratorios de salud pública, para el diagnóstico bacteriológico de rutina y de referencia y el desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica; b) la administración de la PQT oportuna y regularmente de acuerdo con el esquema propuesto por el Comité de Expertos de la OMS, a todos los casos confirmados; c) la capacitación del personal técnico y administrativo para el desarrollo de los programas descentralizados, fortalecidos localmente e integrados con otros programas de promoción de la salud; d) elementos para la conducción, programación, vigilancia, evaluación y certificación de los resultados obtenidos, y e) investigación operacional.

Se solicita al Comité Ejecutivo que examine el Plan de Acción aludido con el objeto de estimular a los Gobiernos Miembros de la Organización a apoyar su implementación con las decisiones políticas pertinentes a nivel nacional y local, y con la asignación de recursos humanos y financieros indispensables para asegurar el desarrollo de programas sostenidos con la eficiencia, eficacia y equidad que el plan de eliminación continental de la lepra requiere.

## CONTENIDO

	<u>Página</u>
I. MARCO DE REFERENCIA . . . . .	1
II. ANALISIS DE LA SITUACION DE LA LEPRO . . . . .	2
III. CONTROL/ELIMINACION DE LA LEPRO . . . . .	5
IV. ESTRATEGIAS Y COMPONENTES TECNICOS . . . . .	6
V. TACTICAS . . . . .	7
VI. ORGANIZACION Y ADMINISTRACION . . . . .	11
VII. ANEXOS . . . . .	15
1. Bases de programación . . . . .	15
2. Situación de la lepra en las Américas en relación al proceso de eliminación . . . . .	23
3. Bibliografía . . . . .	24

## PLAN DE ACCION PARA LA ELIMINACION DE LA LEPRO DE LAS AMERICAS

### I. MARCO DE REFERENCIA

La XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1990), solicitó a los Gobiernos Miembros y a la OPS/OMS realizar un estudio sobre la factibilidad de eliminar la lepra como problema de salud pública en las Américas. La XXXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS (CD35), concluyó que la eliminación es factible en la Región y encomendó al Secretariado que formulara un Plan de Acción con base en el mandato de la 44a Asamblea Mundial de la Salud (1991), cuyo objetivo es la eliminación global de la lepra en el año 2000<sup>1</sup>, por medio del diagnóstico oportuno y la poliquimioterapia (PQT). La Resolución CD35.R14 incluye la lepra entre otras enfermedades transmisibles cuya eliminación es factible en la Región. En octubre de 1991, las conclusiones y recomendaciones de la Conferencia para el Control de la Lepra en las Américas, con participación de la mayoría de los países endémicos de la Región, establecieron líneas técnicas y estrategias para el control y la eliminación y el consenso para la inclusión de dichas recomendaciones en este Plan de Acción regional.

Además, la OPS considera dentro de las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para el Cuadrienio 1991-1994, que la eliminación de endemias como la lepra contribuirá al incremento de la credibilidad de los servicios de salud. Por otro lado, existe el interés de numerosas organizaciones no gubernamentales (ONGs) para continuar apoyando financieramente las actividades de atención al enfermo de lepra. Actualmente dichas organizaciones han decidido dirigir su apoyo a las actividades básicas para la eliminación de la lepra, según lo establecieron por consenso en las conclusiones de la Conferencia para el Control de la Lepra en las Américas (México 1991). La factibilidad técnica se refuerza con la factibilidad financiera, ya que las asignaciones mayoritarias aportadas por los gobiernos se complementan con el aporte del sector privado.

El Plan de Acción aquí presentado tiene como propósito dar cumplimiento al mandato colectivo de la Organización, tanto en lo que corresponde a la responsabilidad de ejecución por los Países Miembros, como en lo que se refiere a las actividades de cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana.

---

<sup>1</sup> La eliminación de la lepra está definida como una disminución de la prevalencia a niveles que no representen un problema de salud pública, o sea, menos de un caso por 10.000 habitantes.

## II. ANALISIS DE LA SITUACION DE LA LEPRA

La lepra sigue siendo un serio problema de salud pública en un gran número de países en desarrollo. Su potencial de producción de discapacidades y el estigma social resultante hacen que constituya un problema de salud pública mayor que lo que indican las cifras de prevalencia disponibles.

Aproximadamente el 80% de la población de los países de América Latina vive en áreas donde la prevalencia es superior a un caso por 10.000 habitantes, o sea, puede estar sujeta al riesgo de contraer la enfermedad. El problema epidemiológico representado por la lepra en la Región de las Américas puede ser considerado de gravedad intermedia en relación a otras regiones del mundo si se considera, de acuerdo a la información disponible para el año 1991, el número total de casos registrados (301.704, o el 8% del total mundial); el número de nuevos casos detectados en el año (30.543, o el 5% del total mundial) y las tasas de prevalencia (4,20 por 10.000 habitantes) y de detección (0,42 por 10.000 habitantes). Para ubicar mejor la importancia de la lepra en este continente basta mencionar que Brasil es el segundo país del mundo en número absoluto de casos (266.578) y son cuatro los países de la Región con más de 10.000 casos registrados (Brasil, Colombia, México y Venezuela). En 21 de los 35 países de la Región la lepra puede ser considerada todavía como un problema de salud pública, teniendo una tasa de prevalencia superior a 1/10.000 habitantes.

La distribución de la endemia de lepra en la Región no es uniforme; al lado de países no endémicos como Chile, hay áreas hiperendémicas en la región amazónica del continente y grandes variaciones de endemicidad dentro de un mismo país. Así, el número absoluto de casos registrados y detectados, los valores de las respectivas tasas de prevalencia y detección, la cobertura de la PQT y el grado de dispersión de la endemia varían ampliamente. Por un lado Brasil, donde se encuentra el 87% del número total de casos registrados en el continente y cerca del 95% de los nuevos casos detectados en el año de 1990 (28.000 casos), y por el otro, Ecuador, donde la tasa de prevalencia es < 1/10.000 habitantes. Asimismo, existen países en los que la situación se puede considerar como intermedia.

De los países y territorios del Caribe, Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Islas Vírgenes, Islas Caimán, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Montserrat, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las

Granadinas, Suriname, Islas Turcas y Caicos, y Trinidad y Tabago, siete no detectan casos nuevos desde 1985 y la cobertura de la PQT en la subregión es elevada. Sin embargo, la lepra es aún considerada como problema en Suriname, Guyana, Trinidad y Tabago, y Santa Lucía.

En los países de Centroamérica, en Panamá y en Uruguay, las condiciones son parcialmente similares a las que ocurren en los países del Caribe, la prevalencia de lepra es baja. Asimismo, inclusive en los países en los que la cobertura de la PQT no es adecuada, existen las condiciones para mejorarla.

Otro grupo de países se caracteriza por moderada endemicidad, variable cobertura de PQT y/o focalización de la endemia en ciertas áreas geográficas. Tal es el caso de la Argentina, Cuba, República Dominicana, México, Paraguay y Venezuela, donde las tasas de prevalencia son de 4,8; 5,4; 1,5; 2,1; 5,8 y 6,0 por 10.000 habitantes, respectivamente. En Argentina, las tasas más elevadas se encuentran en las provincias del Noreste. En Cuba las tasas más elevadas existen en algunas provincias de la región oriental. Esta focalización se observa también en México, donde el 87% de los enfermos se concentra en 10 estados donde vive el 28% de la población. Aunque en este grupo posiblemente se podría también incluir a Bolivia, Colombia, Haití y Perú, existen vacíos en la información epidemiológica disponible que no permiten definir con certeza el estado actual de la endemia.

Los programas nacionales responsables del control de la lepra en la Región presentan diversas formas de organización, estrategias de desarrollo, financiamiento, modalidades de participación de las organizaciones no gubernamentales, combinación con programas afines, grado de integración a la red de servicios generales de salud, y modo de inserción en el sistema de salud. Sin embargo, presentan algunos problemas operativos comunes, como es la dificultad en hacer la "depuración" de los archivos centralizados de acuerdo con la definición operacional de caso de lepra y a los criterios de alta del tratamiento. Varios de los programas nacionales son verticales y señalan el riesgo de que con la integración, las actividades de control de la lepra podrían perder prioridad ante otros problemas de salud de mayor gravedad o urgencia y, por lo tanto, no les serían asignados los recursos necesarios.

La única medida efectiva de control de la lepra aplicada en los años ochenta ha sido la poliquimioterapia (PQT). Su implementación da como resultado un descenso significativo de la prevalencia y, en ocasiones, a niveles compatibles con su eliminación.

La racionalidad del uso de la PQT está en el hecho de que al inicio de la terapia, el medicamento actúa sobre una población mixta de *M. leprae*. Se estima que hay  $10^{10}$  a  $10^{11}$  bacilos viables presentes en un caso de lepra multibacilar (MB). Estos bacilos son, en general, sensibles a la rifampicina, dapsona y clofacimina excepto tres pequeñas poblaciones de aproximadamente  $10^4$  bacilos cada una, resistentes a cada una de las drogas. Dado el régimen PQT/OMS para casos MB, la rifampicina matará rápidamente la inmensa mayoría de los bacilos, incluyendo aquellos resistentes a la dapsona o a la clofacimina. Los bacilos viables remanentes sensibles a las tres drogas o resistentes a la rifampicina serán entonces muertos gradualmente a ritmo más lento por la actividad bactericida de la dapsona y la clofacimina.

Se estima que los pacientes paucibacilares comiencen con una población de bacilos viables mucho menor ( $10^6$ ). Es improbable entonces que haya bacilos resistentes a menos que se trate de un caso de resistencia primaria a la dapsona. Si bien en pacientes PB la monoterapia con rifampicina sería suficiente, dada la posibilidad de errores diagnósticos y de clasificación, se recomiendan dos drogas. Así la combinación de tres drogas para los pacientes MB y de dos drogas para los PB sería suficiente para matar todos los organismos vivos existentes en el paciente.

Es obvio que los regímenes de PQT son más caros que la monoterapia con dapsona. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el tratamiento se completa en un período mucho más corto. Se considera que en los casos PB, el costo de la dapsona y rifampicina por seis meses es de US\$3.00. Para los casos MB, el costo del tratamiento de dos años con dapsona, rifampicina y clofacimina es de US\$50.00, y cada año adicional cuesta US\$25.00 más. Aunque el costo total de ejecución de la PQT incluye otros componentes, lo que elevaría el costo total para tratamiento de un caso a US\$100.00, de estos \$100.00, 50% sería el costo de los medicamentos y el 50% restante sería el costo de los servicios, que incluiría la capacitación y la ejecución del tratamiento.

La logística de la distribución de medicamentos es un punto crítico de la ejecución de la PQT. Para obviar las dificultades operativas de esta actividad algunos países de otros continentes han adoptado la utilización de paquetes calendarizados específicos para el programa. De esta manera se intenta evitar: el uso de medicamentos equivocados; dosis incorrectas; uso de rifampicina con otros fines; facilitar el inventario; proteger los medicamentos, y mejorar el cumplimiento del tratamiento por el paciente.

Con la ejecución de la PQT a nivel mundial se consiguió una reducción de cerca de 31 % en la prevalencia mundial (de 5,4 millones de casos en 1985 para 3,7 millones de casos en 1990), en los últimos cinco años. Actualmente la cobertura con PQT a nivel mundial alcanza el 55,7%.

En la Región de las Américas, el incremento de la cobertura con PQT ha sido lento, en especial en lo que respecta a Brasil, de manera que actualmente la cobertura global para la Región alcanza apenas el 23,7% del total de los casos conocidos. Sin embargo, Ecuador ha logrado alcanzar un nivel endémico compatible con la eliminación de la lepra como problema de salud pública por medio de la PQT, según los datos oficiales disponibles.

Uruguay, Panamá y los países de Centro América y del Caribe anglófono son sub-regiones en donde la lepra está en disminución, por lo que la eliminación de la endemia es factible a corto plazo.

La eliminación de la lepra a nivel regional como un problema de salud pública (tasa de prevalencia inferior a un caso por 10.000 habitantes) es factible si se lleva a cabo la detección precoz de casos y el tratamiento eficaz (PQT). La aplicación sostenida de estas medidas proporciona la base para la eliminación de la lepra como un problema de salud pública en algunos países de la Región en el año 2000. Sin embargo, el logro de esta meta dependerá de la aptitud para mejorar la cobertura de los programas de control, así como del ritmo de su integración al sistema general de servicios de salud.

### III. CONTROL/ELIMINACION DE LA LEPRÁ

#### Propósito

Eliminar o alcanzar un nivel de control de la lepra de modo que no constituya un problema de salud pública, siguiendo cuatro etapas en el proceso de eliminación: inmediata, a corto plazo, a mediano plazo y de certificación.

Objetivos:

- Reducir la prevalencia.
- Evitar las discapacidades.
- Conseguir la reducción de la incidencia sostenida y progresivamente.

Metas:

- Inmediatas (1992). Ccompletar la organización de la vigilancia epidemiológica para la detección intensa de casos nuevos, recidivas y discapacidades, manteniendo la pericia.
- En el corto plazo (1994). Lograr que más del 80% de los casos reciban PQT completa y que 80% de la incidencia sea detectada sin incapacidades invalidantes.
- En el mediano plazo (2000). Todos los casos con PQT completa y todos los nuevos casos detectados sin discapacidades.

#### IV. ESTRATEGIAS Y COMPONENTES TECNICOS

La ejecución de la estrategia de atención primaria de salud ofrece alternativas útiles para mejorar la localización de casos y el diagnóstico y tratamiento oportunos; de igual modo, abre las posibilidades de aumentar la cobertura del programa por medio de la descentralización y el fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

Las estrategias y componentes técnicos incluyen:

- a) La mejoría del diagnóstico de la lepra inicial y avanzada (incremento de cobertura, especificidad y sensibilidad), el fortalecimiento de la red de laboratorios de salud pública para el diagnóstico bacteriológico de rutina y de referencia y el desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica.



- b) La administración de la PQT oportuna y regularmente de acuerdo con el esquema propuesto por el Comité de Expertos de la OMS, a todos los casos confirmados.<sup>2</sup> El único recurso eficaz disponible para lograr la eliminación de la lepra, es la administración de poliquimioterapia al mayor número posible de enfermos. Las demás estrategias y componentes del Plan tienen por finalidad conseguir cobertura completa, regular y eficiente con la PQT. Los SILOS se harán cargo tanto de la programación y ejecución como de la gestión y monitoreo del programa.
- c) La capacitación del personal técnico y administrativo para el desarrollo de los programas descentralizados, fortalecidos en los SILOS e integrados con otros programas.
- d) La administración estratégica que considere los elementos para el financiamiento, la conducción, programación, gerencia, vigilancia, evaluación y certificación de los resultados obtenidos.
- e) Investigación operacional.

## V. TACTICAS

### 1. Ampliación de la cobertura con PQT

Para ello se aplicará la definición operativa de caso de la OMS/OPS<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Caso de lepra: "Una persona que tiene signos clínicos de lepra, con o sin confirmación bacteriológica del diagnóstico y que necesita quimioterapia." Son considerados signos clínicos cardinales de lepra los siguientes: a) lesión cutánea única o múltiple (hipopigmentada o eritematosa) no típica de otra enfermedad cutánea; b) pérdida de sensibilidad (térmica, dolorosa y/o del tacto) con o sin lesión cutánea; c) troncos nerviosos o nervios cutáneos engrosados.

Son considerados equivalentes de los signos cardinales: a) la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes en frotis cutáneos, y b) una evidencia histopatológica definida de lepra.

De esta manera, se incluirá en la PQT: a) todos los casos nuevos; b) todos los casos registrados anteriormente y que tengan signos o síntomas de actividad clínica o baciloscópica, y c) los casos multibacilares inactivos, pero con menos de cinco años de observación.

<sup>3</sup> Ver definición de caso en la nota anterior.

2. Mejoramiento de la detección y seguimiento de casos y adopción del tratamiento

- a) Difusión entre el personal auxiliar de salud y en las comunidades de los conocimientos básicos sobre signos y síntomas de la lepra y procedimientos de notificación de casos sospechosos a fin de aumentar la cobertura de detección e información de casos, en especial en zonas rurales y de difícil acceso.
- b) Adecuada promoción entre el personal de los servicios y la comunidad para conseguir un incremento de la consulta espontánea, localización oportuna de portadores de signos sugestivos de lepra, utilización oportuna de los recursos diagnósticos y obtención de asistencia regular al tratamiento supervisado, especialmente en las zonas urbanas, para todos los casos registrados.
- c) Formación de grupos y redes de voluntarios que apoyen las labores de seguimiento del tratamiento regular de casos en zonas de difícil acceso para el personal de salud.
- d) Inserción de las actividades de detección en el sistema de referencia y contrarreferencia integrante de los SILOS.

3. Definición de sospechoso, lepra precoz y lepra avanzada

Se considera como sospechoso de lepra el caso donde se encuentra apenas uno de los signos cardinales (o equivalente) de los anteriormente mencionados.

La lepra precoz está presente siempre que dos signos cardinales (o equivalentes) sean encontrados y traducidos por un número limitado de lesiones, en ausencia de discapacidades.

El caso de lepra avanzada se define cuando las lesiones son extensas y/o hay discapacidades.

4. Mejoramiento de la capacidad técnica y gerencial

La eliminación de la lepra como problema de salud pública y el mantenimiento de indicadores de eliminación, requieren del fortalecimiento de la capacidad local de ofrecer y administrar los servicios. En este sentido, se deberá dar énfasis a la capacitación de

gerentes para los niveles local y/o regional, de acuerdo a programas modulares estandarizados en cuanto a la metodología pedagógica, buscando desarrollar la capacidad de gestión del programa a nivel de los SILOS.

5. Fortalecimiento de la red de diagnóstico bacteriológico

La calidad del diagnóstico bacteriológico de la lepra por medio de la toma de frotis cutáneos es indispensable para la confirmación y clasificación de las formas multibacilares, además de constituirse, en términos de detección de casos, en un equivalente de los signos clínicos cardinales. Para mejorar la validez del diagnóstico se incorporará el diagnóstico bacilosκόpico a las actividades de la red existente de laboratorios generales y de los servicios de tuberculosis que ejecutan baciloscopía, reforzándola y ejerciendo el control de calidad, capacitando al personal a nivel aplicativo y de referencia.

6. Vigilancia epidemiológica

El aumento de la cobertura y la oportunidad del tratamiento de casos de lepra con poliquimioterapia, así como la evaluación del impacto de esta estrategia fundamental para la eliminación, dependen de un sistema de vigilancia epidemiológica que permita detectar precozmente los casos y proporcione información oportuna y suficiente para estratificar el riesgo de grupos humanos y áreas definidas.

7. Etapas del proceso de eliminación

Los principales logros propuestos para cada una de las etapas del proceso de eliminación se describen a continuación:

Inmediata (1992)

- Vigilancia (detección intensiva) de nuevos casos.
- Vigilancia de recidivas.
- Atención a las discapacidades.
- Mantenimiento de la pericia.

Corto Plazo (1992-1994)

- Más del 80 % de los casos con PQT completa.
- Más del 80 % de los nuevos casos detectados sin discapacidades.

Mediano Plazo (1995-2000)

- Más del 95 % de los casos con PQT completa.
- 100 % de los nuevos casos detectados sin discapacidades.

8. Desarrollo de la investigación

Se dará impulso especial a la investigación operativa en los sistemas de salud, incluyendo el área epidemiológica/social, con miras a lograr resultados en lo posible de aplicación práctica y a corto plazo. Algunos ejemplos de los campos de investigación identificados son:

- Búsqueda de alternativas para captación amplia y oportuna de casos de lepra y seguimiento de casos bajo tratamiento con PQT.
- Estudio de factores que impiden la regularidad en el cumplimiento de los esquemas de PQT.
- Identificación de factores económicos, sociales y culturales de riesgo que favorecen la transmisión de la lepra o el fracaso de la PQT.
- Evaluación de la confiabilidad del diagnóstico.
- Estudio de nuevos esquemas de tratamiento o alternativas de prevención.

## 9. Vigilancia y evaluación

En la medida en que progrese el proceso de eliminación, las actividades de programación harán énfasis fundamentalmente en la vigilancia y evaluación de los programas, debiendo incluir aspectos relacionados a la clínica y al laboratorio eventualmente no cubiertos por las actividades de los centros de referencia existentes, como por ejemplo los relativos a la prevalencia de resistencia a los medicamentos utilizados en el tratamiento.

La vigilancia y la evaluación se realizarán en base a los indicadores epidemiológicos generados por el sistema o por encuestas cuando sea pertinente. El mecanismo se apoyará en frecuentes visitas de la Asesoría Regional a los países y en reuniones anuales de evaluación de los responsables nacionales de los programas para exposición de resultados e intercambio de información.

## 10. Articulación con otros programas

Además de la articulación entre los servicios de diverso nivel de complejidad del sistema de salud de los países, se tendrá como objetivo a nivel nacional la articulación intersectorial (educación, ciencia y tecnología y medios de comunicación). En cuanto a la cooperación de OPS, se tratará de incrementar la articulación con otros programas (TB, SIDA, PAI), en especial en actividades de capacitación de personal, logística de la provisión de drogas, etc.. Con los programas de Evaluación de la Situación Sanitaria y sus Tendencias y de Desarrollo de Servicios de Salud (HST y HSD) se propone, respectivamente, un trabajo articulado para la estructuración e implantación de un Sistema Integrado de Información y Vigilancia Epidemiológica en Lepra y la promoción conjunta de investigaciones operacionales, teniendo por objetivo lograr una integración rápida y efectiva de las actividades de control/eliminación de la lepra en los sistemas de servicios generales de salud.

## VI. ORGANIZACION Y ADMINISTRACION

### 1. Organización y administración nacional

Es imprescindible que los países fortalezcan sus estructuras administrativas y oficialicen la priorización y el apoyo al objetivo de eliminación de la lepra como

problema de salud pública. Por ello todos los países deberán cumplir con las siguientes acciones iniciales que se constituyen en los compromisos de requisito:

- a) Manifestación expresa de la voluntad de eliminar a la lepra como problema de salud pública para el año 2000.
- b) Designación, en el caso de que no existiera, de una gerencia técnica a tiempo completo para las actividades de control de la lepra. Esta unidad cumplirá las siguientes funciones:
  - Definición del plan de eliminación.
  - Financiamiento.
  - Provisión de drogas y otros insumos básicos.
  - Capacitación de personal.
  - Actividades educativas masivas (radio, TV, etc.)
  - Recolección y análisis de datos estadísticos (vigilancia) y para protocolos de investigación.
  - Elaboración de proyectos de investigación.
  - Supervisión y evaluación.
- c) Organización de un Comité Nacional de Apoyo a la Eliminación de la Lepra para:
  - Adecuar la estructura de los programas nacionales de control al propósito de eliminación por medio de la incorporación de las actividades de diagnóstico, tratamiento con la PQT y atención integral al discapacitado dentro de los SILOS, según las características epidemiológicas y operativas locales.
  - Reforzar la capacidad técnico-operativa y gerencial para la aplicación de la tecnología apropiada a la eliminación de la lepra.

## 2. Cooperación técnica de la OPS/OMS

EL Programa de Enfermedades Transmisibles (HPT) de la OPS/OMS, participará en el desarrollo de un sistema de información que consolide una base de datos nacionales, estatales y locales, que permita la estratificación de los grupos, sociales vulnerables en los países endémicos con objeto de dirigir las intervenciones más efectivas en beneficio del desarrollo del programa de eliminación de la lepra. Igualmente, impulsará la constitución de bases de datos subregionales, nacionales, estatales y jurisdiccionales que lleven al interior de los países el uso del método de estratificación epidemiológica.

La OPS/OMS participará en la revisión y evaluación de los proyectos de investigación y colaborará en la identificación de fuentes para su financiamiento por agencias nacionales e internacionales de fomento de la ciencia y tecnología. Por otra parte, los gobiernos deberán asignar prioridad a la investigación de la lepra en sus instituciones nacionales. La OPS/OMS participará en el proceso de transferencia de tecnología, cuando los resultados de las investigaciones generen otras alternativas eficaces que sean factibles de incorporación al programa de eliminación.

### Lineamientos estratégicos

Son coherentes con los enfoques funcionales de la OPS (movilización de recursos, diseminación de información, desarrollo de políticas, adiestramiento, investigación y cooperación técnica directa) y se resumen en los puntos siguientes:

- Promoción de la decisión política para poner en práctica las conclusiones y recomendaciones de la Conferencia para el Control de la Lepra en las Américas.
- Apoyo a la integración de los programas nacionales en el sistema de servicios generales de salud.
- Apoyo a la formulación, puesta en marcha y evaluación de planes nacionales y subregionales de eliminación.
- Apoyo al desarrollo de sistemas de información y vigilancia epidemiológica.
- Fomento del reforzamiento de la capacidad operativa de los servicios locales de salud.

- Apoyo a la investigación operativa y a la capacitación de personal.
- Coordinación del proceso de cooperación con las ONGs y entre países o sub-regiones.
- Búsqueda de recursos financieros, complementarios a los de los países y de las agencias donantes.

**Resultados esperados:**

- a) Los programas nacionales de control, según la estrategia de atención primaria y con sus actividades incorporadas a los SILOS, habrán logrado por medio de la implementación masiva de la PQT niveles más elevados de control o la eliminación de la lepra como problema de salud pública, según el caso;
- b) La capacidad técnico/operativa y gerencial de los países habrá alcanzado un grado suficiente para mantener la endemia bajo niveles crecientes de control y/o bajo una situación de vigilancia epidemiológica post-eliminación, para impedir su reaparición.

**Sistemas de vigilancia**

Este plan de cooperación técnica será programado anualmente desde el punto de vista administrativo y presupuestario según las normas y procedimientos de la OPS. Los Planes de Trabajo Cuatrimestrales (PTC) detallan la programación anual a nivel de actividades y tareas. La vigilancia de su ejecución es responsabilidad del personal técnico de la OPS/OMS y la evaluación del cumplimiento de las acciones de cooperación técnica se hace anualmente en la evaluación del Programa de Enfermedades Transmisibles.



VIII. ANEXOS

ANEXO 1

Bases de Programación

A continuación se muestra una relación esquemática de la capacidad que debe ser desarrollada a distintos niveles.

Nivel	Capacidad
a) Comunidad	Identificación de sospechosos (casos probables por las manifestaciones clínicas). Colaboración para la regularidad del tratamiento. Apoyo a enfermos discapacitados.
b) Primario (unidad básica de salud)	Detección pasiva de casos. Búsqueda activa de casos en contactos intradomiciliarios y extradomiciliarios. Suministro de PQT. Aplicación de técnicas sencillas de prevención y manejo de discapacidades. Participación operativa en protocolos de investigación.
c) Secundario (ambulatorio hospitalario)	Búsqueda intensiva de casos probables en comunidades u de áreas de eliminación.  Bacteriología Confirmación de casos dudosos. Manejo de reacciones y efectos adversos al tratamiento. Aplicación de técnicas de mayor complejidad en prevención y manejo de discapacidades. Participación en la capacitación del personal de nivel primario. Recolección de datos estadísticos para vigilancia y para protocolos de investigación.

### Mejoría del diagnóstico

El perfeccionamiento de las actividades de detección, buscando el incremento de la sensibilidad y especificidad para la confirmación diagnóstica de una sospecha clínica, se llevará a cabo mediante:

- Capacitación y motivación del personal de los servicios generales de salud, así como formación de recursos de referencia local para la confirmación diagnóstica y manejo de complicaciones.
- Utilización de la Red de Laboratorios de los Servicios de Atención Médica General. Estos laboratorios multi-propósitos, con clara definición de salud pública, cuentan con equipo y personal preparado para participar en las actividades de localización de casos de tuberculosis y su control mediante la ejecución de exámenes de baciloscopia, en extendidos (frotis) teñidos con la técnica de coloración de bacilos resistentes al alcohol ácido. Se debe aprovechar esta capacidad instalada para la confirmación del diagnóstico de lepra, aumentando la capacitación del personal de enfermería y laboratorio para la toma de muestras de lesiones sospechosas y su examen microscópico.

### Mecanismos para alcanzar la capacidad resolutive

- Utilización máxima de los recursos disponibles en cada nivel de atención (y del sistema de referencia y contra-referencia) de los SILOS.
- Desarrollo de la articulación intra y extrasectorial y de la participación comunitaria en los niveles locales y regionales.
- Combinación de las actividades de control de lepra con las actividades de otros equipos responsables del control de endemias afines de dermatología sanitaria, tuberculosis y SIDA.
- Capacitación de personal de salud por medio de una programación que incluya la preparación para publicación en un boletín anual de los aspectos estratégicos y tácticos del Plan de Eliminación de la Lepra en las Américas, instrumento que incluya referencia a las normas técnicas y procedimientos a cumplirse de forma estandarizada por los programas de los países en lo que respecta al manejo clínico, epidemiológico y administrativo de la lepra.

### Sistema de vigilancia epidemiológica

- Mecanismos de detección de casos: a) utilización de la definición de caso sospechoso por personal auxiliar y comunitario, bajo previa capacitación, integración al sistema de referencia y continua supervisión, y b) búsqueda activa de casos en contactos intra y extradomiciliarios y en grupos humanos de comunidades abiertas cuando se trate de países en etapa final de eliminación de la lepra.
- Notificación (registro de casos): a) el personal auxiliar y comunitario remitirá de manera inmediata el caso sospechoso al servicio de salud para su confirmación por el médico, y b) el servicio de salud informará al nivel superior con periodicidad mensual sobre los casos confirmados. Las oficinas centrales de epidemiología de los países enviarán la información con igual periodicidad a la OPS/OMS.
- Confirmación de casos: a) por la clínica y el laboratorio (baciloscopia) en los casos multibacilares, y b) por verificación clínica del médico en los casos paucibacilares.
- Procesamiento de la información: a) la información se consolidará y procesará para la elaboración de indicadores<sup>4</sup> en los niveles municipales y provinciales (o departamentales), y b) en el nivel central.
- Retroalimentación: a) el Departamento de Epidemiología del nivel central emitirá por lo menos un boletín anual para ser remitido a los niveles locales y a la OPS/OMS, y b) esta, a su vez, emitirá anualmente un boletín sobre la situación de la eliminación de la lepra en las Américas.

### Evaluación de eficacia de la vigilancia

Se elaborarán indicadores que den cuenta del cumplimiento de los aspectos anotados, los cuales serán materia de evaluación periódica.

---

<sup>4</sup> Los países remitirán periódicamente a la OPS/OMS datos sobre los respectivos indicadores y tasas.

### Implantación de la estratificación

La estratificación es un proceso fundamental para establecer prioridades de intervención por medio del diagnóstico, la investigación, el análisis y la interpretación de la información que servirá de base para la categorización metodológica de las áreas geocológicas y los grupos sociales de acuerdo a los factores de riesgo de contraer lepra. Para ello, es imprescindible contar con información epidemiológica y operacional que permita establecer los estratos pertinentes.

Con los datos hasta hoy existentes se propone para la Región la siguiente agrupación tentativa de los países endémicos de América (ver mapa, Anexo 2) basada en las condiciones epidemiológicas y operativas actuales y perspectivas futuras, describiendo además los aspectos a desarrollarse de manera diferenciada en cada grupo. Habiéndose fijado para el año 2000 la meta de la eliminación global, los grupos de países irán alcanzando progresiva y escalonadamente metas en organización, eficacia de servicios, asignación de recursos, reducción del problema epidemiológico, e inclusive algunos, la eliminación de la lepra antes de ese año.

#### **GRUPO I**

Países que han alcanzado indicadores operacionales y epidemiológicos compatibles con la eliminación por medio de la PQT. Solo Ecuador presenta esta condición.

Se consideran en este grupo países en la fase de eliminación inmediata y que podrán certificar los resultados y mantener la vigilancia post-eliminación. Sus principales actividades en los próximos años serán:

- Vigilancia epidemiológica intensificada (detección intensiva de nuevos casos, incluyendo búsqueda activa en grupos de población de comunidades abiertas de áreas de eliminación).
- Vigilancia post-terapéutica (detección oportuna de recidivas).
- Sostenimiento de la provisión suficiente y oportuna de medicamentos.
- Mantenimiento de la pericia, en especial para el diagnóstico.
- Atención a los discapacitados.

## GRUPO II

Países o subregiones con indicadores operacionales y epidemiológicos de factibilidad de eliminación en el corto plazo (hasta 1994).

Son los países angloparlantes del Caribe y los países de Centroamérica, Panamá y Uruguay. Estos países podrían eliminar la lepra a corto plazo, por lo que su principal actividad en los próximos años será la formulación e implementación del Plan de Acción de Eliminación.

## GRUPO III

Países con indicadores epidemiológicos de mediana endemicidad, pero con indicadores operacionales (proporción de PQT) aceptables, o con la endemia restringida en áreas definidas: Argentina, Cuba, México, República Dominicana y Venezuela.

Estos países podrán lograr indicadores de eliminación en el mediano plazo entre 1995 y 2000 y su principal actividad en los próximos años será el desarrollo de la estratificación epidemiológica.

En este grupo también se pudiera incluir probablemente otros países como: Bolivia, Colombia, Haití, Paraguay y Perú. En los cuatro primeros se observa una insuficiencia de la información indispensable; la falta de información de estos países refleja de alguna manera desajustes en los aspectos de organización y operación de sus programas de control, aunque la realidad epidemiológica podría no ser grave. Las actividades inmediatas obligadas serán:

- Mejoramiento de la organización del programa con definición de comando técnico, asignación de responsabilidades, coordinación institucional y estandarización de normas técnicas.
- Puesta en marcha del sistema de vigilancia epidemiológica.

En Paraguay se tiene un programa organizado e información suficiente, sin embargo, no se está utilizando el esquema de poliquimioterapia recomendado por el Comité de Expertos de la OMS, lo cual impide incluir a este país en las previsiones programáticas de eliminación, que están basadas en el uso de un esquema terapéutico de eficacia comprobada y sin efectos deletorios importantes.

#### GRUPO IV

Brasil muestra indicadores epidemiológicos de alta endemicidad y con indicadores operacionales desfavorables (baja cobertura con PQT). Este país logrará indicadores de eliminación a largo plazo (hasta el año 2000) y su principal actividad en los próximos años será el desarrollo de proyectos de articulación intersectorial involucrando a la seguridad social, sistema universitario, sistema de ciencia y tecnología, y medios de comunicación masiva en base a una planificación regional.

##### Certificación de la eliminación:

###### a) Indicadores de eliminación

El proceso de eliminación de la lepra como problema de salud pública, adopta como indicador de impacto una tasa de prevalencia inferior a un caso por 10.000 habitantes.

La definición de indicadores asociados está en proceso de identificación, por lo que se sugieren en forma tentativa los siguientes: a) mantenimiento de la tasa de prevalencia por debajo de un caso por 10.000 habitantes, por lo menos durante los últimos cinco años; b) cobertura con PQT superior al 95% de los casos, y c) detección de todos los nuevos casos sin discapacidades en los últimos dos años.

Además de esto, se sugiere comparar el estado de la eliminación de la lepra con un indicador de eficacia del sistema de salud, que se utiliza en la evaluación de los programas integrados: la cobertura con esquema completo de vacunación D.P.T. en menores de un año, superior a 80% en los últimos dos años.

###### b) Procedimiento formal de la certificación

También de manera tentativa se sugiere lo siguiente: la información generada por el sistema de vigilancia epidemiológica será evaluada en función de los indicadores de eliminación por una Comisión Nacional de Certificación, la cual será encargada de certificar la eliminación en un país o en alguna jurisdicción del mismo. Existirá en las Américas una Comisión Regional, la cual confirmará la certificación realizada por la Comisión Nacional.

### Cooperación Técnica de la OPS/OMS

Para garantizar la ejecución del Plan de Acción para la Eliminación de la Lepra como problema de salud pública, la OPS/OMS efectuará las siguientes actividades:

- Reunión anual de evaluación con 10 países de los grupos III y IV, más un grupo de cinco expertos de estos países, y la participación de las principales ONGs involucradas en estos países.
- Reunión bienal de evaluación con cinco países (o subregiones) de los grupos I y II, más un grupo de tres expertos de estos países, más las principales ONGs involucradas.
- Reuniones con un Comité de Certificación de la Eliminación a ser creado e integrado por personalidades de nivel técnico, administrativo y político no involucradas de manera directa en el Plan de Eliminación, que se reunirá cuando las circunstancias lo requieran, a fin de constatar los indicadores de los países con los criterios epidemiológicos y operacionales establecidos, y certificar oficialmente la eliminación.
- Asesoría directa por parte del Asesor Regional (o asesores temporales): dos visitas al año para Brasil, Colombia, Venezuela y Argentina, y una visita por año para los demás países del grupo III y países (o subregiones) de los grupos I y II.
- Asesorías subregionales y nacionales. Para viabilizar el apoyo técnico a los países, la OPS/OMS podrá establecer cuando considere necesario y por tiempo limitado, asesorías subregionales y nacionales que tendrán ámbito de acción en uno o en varios países.

#### a) Recursos humanos

El cuadro de personal del Programa de Enfermedades Transmisibles (HPT), incluyendo asesores regionales y de país, constituye el recurso humano para la cooperación técnica en el control/eliminación de la lepra.

b) Recursos financieros

Los recursos del proyecto LEP provienen del programa HPT y se originan de los fondos regulares de la OPS y de la OMS, así como de los fondos extrapresupuestarios donados por organizaciones no gubernamentales del sector y canalizados a través de la OPS/OMS.



ANEXO 2

Situación de la lepra en las Américas en  
relación al proceso de eliminación



### ANEXO 3

#### Bibliografía

Borges, M.V.; Tauil, P.L.; Albornoz R. - Situación de los Programas de Control de la Lepra en las Américas - Organización Panamericana de la Salud, PNSP/88-14, Washington, D.C., 1988.

Bryceson, A.E. Pfaltzgraff, R.E. Leprosy (3rd Edition) - Churchill Livingstone, 1990.

Hastings, R.C. Leprosy - Churchill Livingstone, 1985.

Mc Dougall, C. Implementing Multi Drug Therapy for Leprosy (Fourth edition) - Oxfam Practical Health. Guide No. 3 - U.K., 1988.

OMS - Una Guía para el Control de la Lepra (Segunda Edición) Ginebra, 1988.

OMS - Comité de Expertos de Lepra -Sexto Informe- Serie de Informes Técnicos No. 768, Ginebra, 1988.

OMS - Epidemiología de la Lepra en relación con la lucha - Serie de Informes Técnicos No. 675, Ginebra, 1982.

OPS - Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas (1991-1994) Washington, D.C., 1991.

OPS - Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud - La Administración Estratégica - HSD/SILOS, 2, Washington, D.C., 1992.

OPS/OMS - Informe de la Conferencia para el Control de la Lepra en las Américas - Ciudad de México, Octubre 1991- (en publicación).

Progress in Leprosy Control Through Multi Drug Therapy WORLD HEALTH STATISTICS QUARTERLY 44(1), 1991.

WHO - International Meeting on Epidemiology of Leprosy in Relation to Control, (Jakarta, Indonesia, 17-21 June, 1991) - Mayor Conclusions and Recommendations. (Inédito).

WHO - Report of the Informal Consultations on Predictions and Estimations in Leprosy (Geneva, 27-28 Feb., 1991) - WHO/CTD/LEP/91.2.

WHO - Report of the First Meeting of the WHO Working Group on Leprosy Control (Geneva, 1-3 July, 1991) WHO/CTD/LEP/91.4.

WHO - Report of the Consultation of the Early Diagnosis of Leprosy (Geneva, 23-25 May, 1990), WHO/CTD/LEP/90.2.