



Taller de capacitación en las pautas operativas para la puesta en marcha de actividades integradas de desparasitación para las geohelmintiasis

Reunión para intensificar los esfuerzos integrados para el control de las geohelmintiasis en la Región de las Américas, trabajando juntos por un mismo objetivo

Bogotá, Colombia, 13 al 17 de mayo de 2013

En la semana del 13 al 17 de mayo de 2013, delegados de los ministerios de salud y educación de 18 países de la Región de las Américas y socios estratégicos, se reunieron en Bogotá, Colombia, con el objeto de impulsar en la agenda de prioridades en salud pública de sus respectivos países, las acciones integradas para el control de las infecciones por helmintos transmitidos por el contacto con el suelo (geohelmintiasis).



Taller de capacitación en las pautas operativas para la puesta en marcha de actividades integradas de desparasitación para las geohelmintiasis

Reunión para intensificar los esfuerzos integrados para el control de las geohelmintiasis en la Región de las Américas, trabajando juntos por un mismo objetivo

Bogotá, Colombia, 13 al 17 de mayo de 2013

En la semana del 13 al 17 de mayo de 2013, delegados de los ministerios de salud y educación de 18 países de la Región de las Américas y socios estratégicos, se reunieron en Bogotá, Colombia, con el objeto de impulsar en la agenda de prioridades en salud pública de sus respectivos países, las acciones integradas para el control de las infecciones por helmintos transmitidos por el contacto con el suelo (geohelmintiasis).

Tabla de Contenido

PARTE 1

Taller de Capacitación en las pautas operativas para la puesta en marcha de actividades integradas de desparasitación para las geohelmintiasis

RESUMEN EJECUTIVO	1
INTRODUCCIÓN.....	6
INSTALACIÓN.....	8
PROGRESOS, BUENAS PRÁCTICAS Y RETOS EN LA IMPLEMENTACION DE ACTIVIDADES DE DESPARASITACION PARA EL CONTROL DE LOS GEOHELMINTOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	11
CONTEXTO GLOBAL DE LA DESPARASITACIÓN: ACCIONES AL 2020	11
ESTADO DEL ARTE, RETOS Y OPORTUNIDADES EN LA DESPARASITACIÓN PARA GEOHELMINTOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS	15
<i>Las EID y el marco de trabajo para el control de las geohelmintiasis en América Latina y el Caribe</i>	<i>15</i>
<i>Situación de las geohelmintiasis en América Latina y el Caribe</i>	<i>16</i>
<i>Retos para el control de las geohelmintiasis.....</i>	<i>17</i>
<i>Oportunidades para lograr avanzar en el control.....</i>	<i>17</i>
LA EXPERIENCIA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE DESPARASITACIÓN	18
<i>Caso México</i>	<i>18</i>
<i>Caso Nicaragua.....</i>	<i>20</i>
<i>Caso República Dominicana</i>	<i>22</i>
<i>Caso Belice</i>	<i>24</i>
NUTRICIÓN Y DESPARASITACIÓN: LA EXPERIENCIA DE INTEGRACIÓN.....	28
CONOCIENDO LA PAUTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES INTEGRADAS DE DESPARASITACIÓN	31
PAUTAS OPERATIVAS PARA LA PUESTA EN MARCHA DE ACTIVIDADES INTEGRADAS DE DESPARASITACIÓN.....	31
ACCESO A LA DONACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA DESPARASITACION CONTRA GEOHELMINTOS ...	35
LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL DE LAS GEOHELMINTIASIS	38
ACCIONES INTEGRADAS CON EL SECTOR DE AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE	41
OPORTUNIDADES Y RETOS EN LA INTEGRACIÓN DE LA DESPARASITACION EN PLATAFORMAS DE SALUD PÚBLICA.....	44
PRESENTACIÓN DEL PLAN OPERATIVO DE LOS PAÍSES PARTICIPANTES	48
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	54

PARTE 2

Reunión para intensificar los esfuerzos integrados para el control de las geohelmintiasis en la Región de las Américas, trabajando juntos por un mismo objetivo

INSTALACIÓN	56
AVANCES, BUENAS PRÁCTICAS Y DESAFÍOS EN LAS ACTIVIDADES DE DESPARASITACION PARA COMBATIR LAS GEOHELMINTIASIS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	60
AVANCES EN LAS DESPARASITACIÓN EN LATINO AMÉRICA Y EL CARIBE (LAC): ESTADO ACTUAL, DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES 60	
<i>Las EID y el marco de trabajo para el control de las geohelmintiasis en América Latina y el Caribe</i>	60
<i>Situación de las geohelmintiasis en América Latina y el Caribe</i>	61
<i>Retos para el control de las geohelmintiasis</i>	62
<i>Oportunidades para lograr avanzar en el control</i>	63
LA SEMANA DE VACUNACIÓN EN LAS AMÉRICAS (SVA): UNA OPORTUNIDAD PARA INTEGRAR INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA	63
<i>Objetivos</i>	63
<i>Principales logros</i>	64
<i>La SVA e integración de otras intervenciones</i>	65
<i>Desparasitación en el marco de la SVA</i>	65
<i>Lecciones aprendidas y futuros pasos</i>	66
LECCIONES APRENDIDAS EN LA INTEGRACIÓN DE LA DESPARASITACIÓN EN LA SEMANA NACIONAL DE LA SALUD INFANTIL EN MÉXICO.....	66
<i>Antecedentes</i>	66
<i>Lecciones aprendidas</i>	67
INTEGRACIÓN DE LA DESPARASITACIÓN EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN NICARAGUA: PROGRESOS, RETOS Y EXPECTATIVAS.....	68
<i>Avances</i>	68
<i>Desafíos</i>	69
<i>Expectativas:</i>	69
MONITOREO Y EVALUACIÓN EN EL CONTROL DE LAS GEOHELMINTIASIS: EXPERIENCIAS, PROGRESOS, USOS Y RETOS	74
INVENTARIO GLOBAL DE LAS ONG QUE HACEN DESPARASITACIÓN: RESULTADOS, RETOS Y LECCIONES APRENDIDAS	74
MONITOREO Y EVALUACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LAS ACCIONES DE DESPARASITACIÓN	77
IMPORTANCIA DEL REPORTE OPORTUNO Y LA DIFUSIÓN DE DATOS PARA LA PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE DESPARASITACIÓN. OPORTUNIDADES PARA MEJORAR E INCREMENTAR EL REPORTE DE DATOS Y SU USO EN SALUD PÚBLICA.....	79
PANEL SOBRE EL ROL DE LAS ONG Y DE LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES Y SUS PERSPECTIVAS EN LA DESPARASITACION PARA EL CONTROL DE LAS GEOHELMINTIASIS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	85
CHILDREN WITHOUT WORMS.....	85
OPERATION BLESSING INTERNATIONAL.....	87
SAVE THE CHILDREN (USA)	88
VITAMIN ANGELS.....	88
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	89
PANEL DIALOGADO DEL ROL DE LAS ONG Y OTRAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES RESPECTO DE LA DESPARASITACIÓN Y EL CONTROL DE LAS GEOHELMINTIASIS	90

PANEL SOBRE AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE: CONCEPTOS Y OPORTUNIDADES PARA REDUCIR LA PREVALENCIA DE LAS GEOHELMINTIASIS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	92
ESTRATEGIA WASH EN PROYECTOS INTEGRADOS CONTRA ENFERMEDADES INFECCIOSAS DESATENDIDAS.....	92
<i>Caso Chiapas: Integración entre enfermedades – Integración entre los sectores educación y salud</i>	<i>92</i>
<i>Caso Recife: Integración entre enfermedades – Integración entre los sectores salud y educación.....</i>	<i>93</i>
<i>Caso Guyana: Integración entre los sectores de salud y de agua y saneamiento</i>	<i>94</i>
PERSPECTIVAS Y OPORTUNIDADES PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA ESTRATEGIA WASH Y LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DESATENDIDAS	96
<i>Enfermedades relacionadas con el agua</i>	<i>96</i>
<i>Barreras y estrategias preventivas</i>	<i>97</i>
<i>Promoción de la higiene.....</i>	<i>97</i>
<i>Iniciativas de entornos saludables</i>	<i>98</i>
<i>Evaluación de impacto en salud.....</i>	<i>99</i>
<i>Enfoque de ecosalud</i>	<i>99</i>
<i>Retos, oportunidades y orientaciones</i>	<i>99</i>
PANEL DIALOGADO SOBRE AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE: CONCEPTOS Y OPORTUNIDADES PARA REDUCIR LA PREVALENCIA DE LAS GEOHELMINTIASIS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	101
PLANES DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES INTEGRADAS DE DESPARASITACIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	102
REVISIÓN GENERAL DE LAS PAUTAS REGIONALES	102
PLANES DE ACCIÓN DE LOS PAÍSES PRIORITARIOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.....	102
RESUMEN DE LAS PROPUESTAS DE INTEGRACIÓN DE ESFUERZOS PARA IMPLEMENTAR, AUMENTAR Y SOSTENER ACTIVIDADES DE DESPARASITACION EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, EN EL MARCO DE LOS PLANES DE ACCIÓN PROPUESTOS POR LOS PAÍSES PRIORIZADOS	102
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA SESIÓN.....	106
RECOMENDACIONES GENERALES.....	107
PANEL DIALOGADO SOBRE EL APOYO DE LAS ONGS Y SOCIOS	107
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA REUNIÓN	110

Índice de Tablas

TABLA 1. PROGRESOS EN EL CONTROL DE LAS HELMINTIASIS TRANSMITIDAS POR EL SUELO.....	12
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN Y COBERTURA DE ALBENDAZOL, REPÚBLICA DOMINICANA, 2005 AL 2012	23
TABLA 3. DECISIONES TOMADAS EN MYANMAR FRENTE A LA REDUCCIÓN FRECUENCIA DE LA TERAPIA, MEDICIONES 2002 Y 2012	79
TABLA 4. PREVALENCIA DE GEOHELMINTOS SEGÚN EL ESTUDIO DE LÍNEA DE BASE DE 2012, PROYECTOS INTEGRADOS CONTRA EID,	94

Índice de Gráficas

GRÁFICA 1. NÚMERO DE DOSIS DE MEBENDAZOL DONADAS (EN MILLONES) Y NÚMERO DE PAÍSES APOYADOS POR <i>CHILDREN WITHOUT WORMS</i> , 2007-2012	11
GRÁFICA 2. COBERTURAS DE DESPARASITACIÓN EN MENORES DE 15 AÑOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, 2003-2011	16
GRÁFICA 3. CONTROL DE LA GEOHELMINTIASIS. PROYECCIÓN AL 2020	18
GRÁFICA 4. COBERTURA DE LA DISTRIBUCIÓN DE ANTIPARASITARIOS EN NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS EN LAS JORNADAS NACIONALES DE DESPARASITACIÓN, NICARAGUA, 1994 A 2013	21

GRÁFICA 5. PESO/TALLA, PESO/EDAD, Y TALLA/EDAD, COLOMBIA. 2005 (PROMEDIOS DE 5 MESES – OMS)	28
GRÁFICA 6. PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y BAJO PESO PARA LA EDAD, AMÉRICAS (VARIOS PERÍODOS)	29
GRÁFICA 7. ESQUEMA DE ABORDAJE DE LAS GEOHELMINTIASIS.....	32
GRÁFICA 8. OPORTUNIDADES PARA DESPARASITAR A LOS NIÑOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	34
GRÁFICA 10. EJEMPLO DE LA PLANTILLA DE UN PLAN DE TRABAJO ANUAL.....	36
GRÁFICA 11. DETERMINANTES DE LA SALUD	38
GRÁFICA 12. SALUD Y SUS DETERMINANTES: INTERACCIONES DE SALUD Y AMBIENTE.....	39
GRÁFICA 13. MORTALIDAD INFANTIL (POR 1.000 NACIDOS VIVOS) VS. ACCESO A SANEAMIENTO Y AGUA (% DE POBLACIÓN)	40
GRÁFICA 14. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS PARA CORTAR LA TRANSMISIÓN FECAL-ORAL DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS	40
GRÁFICA 15. TRATAMIENTOS ‘ÚNICOS’ POR REGIÓN.....	75
GRÁFICA 16. NÚMERO DE DOSIS DE MEBENDAZOL DONADAS (EN MILLONES) Y NÚMERO DE PAÍSES APOYADOS POR <i>CHILDREN WITHOUT WORMS</i> , 2007–2012	85
GRÁFICA 17. MODELO DE IMPACTO POTENCIAL DE SALUD POR INTERVENCIONES DE WASH.....	99

Índice de Mapas

MAPA 1. PROPORCIÓN DE NIÑOS (1-14 AÑOS) QUE REQUIEREN QUIMIOTERAPIA PREVENTIVA PARA LAS HELMINTIASIS TRANSMITIDAS POR EL SUELO, POR PAÍSES, NIVEL GLOBAL, 2011	12
--	----

Índice de Cuadros

CUADRO 1. POSIBLES METAS PARA EL CONTROL DE LAS HTS PARA EL 2020	13
CUADRO 2. PAÍSES DISTRIBUIDOS POR GRUPOS EN DONDE SE CONCENTRA EL MAYOR NÚMERO DE NIÑOS EN RIESGO DE INFECCIÓN 16	
CUADRO 3. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LITERATURA SOBRE WASH Y HTS – 2012.....	41
CUADRO 4. RESUMEN TALLER SOBRE OPORTUNIDADES Y RETOS EN LA INTEGRACIÓN DE LA DESPARASITACIÓN EN PLATAFORMAS DE SALUD – PARTE 1.....	44
CUADRO 5. RESUMEN TALLER SOBRE OPORTUNIDADES Y RETOS EN LA INTEGRACIÓN DE LA DESPARASITACIÓN EN PLATAFORMAS DE SALUD – PARTE 2.....	46
CUADRO 6. RESUMEN DE LOS CONTENIDOS DEL PLAN DE DESPARASITACIÓN CONTRA HTS, POR PAÍSES.....	48
CUADRO 7. LISTADO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DESATENDIDAS PARA LA OMS Y LA OPS.....	60
CUADRO 8. CLASIFICACIÓN AMBIENTAL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON EL AGUA.....	96
CUADRO 9. EFECTOS POTENCIALES DE LA EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES SOBRE LA SALUD.....	97
CUADRO 10. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE LOS REPRESENTANTES DE LOS PAÍSES DE LAS AMÉRICAS Y DE LAS ONG Y SOCIOS PARTICIPANTES DEL ENCUENTRO.....	102

Índice de Ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1. FLUJO DE LOS INFORMES DE TRATAMIENTOS HTS	74
ILUSTRACIÓN 2. MONITOREO Y EVALUACIÓN	77
ILUSTRACIÓN 3. DECISIONES SOBRE CUÁNDO REDUCIR LA FRECUENCIA DE LAS INTERVENCIONES.....	78
ILUSTRACIÓN 4. ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN EN SALUD EN CHIAPAS, MÉXICO, 2013.....	93
ILUSTRACIÓN 5. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS PARA CORTAR LA TRANSMISIÓN FECAL-ORAL DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS..	97
ILUSTRACIÓN 6. COMPONENTES DE LA PROMOCIÓN DE LA HIGIENE.....	98

Glosario de siglas y acrónimos

AIEPI	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ALC	América Latina y el Caribe
AMM	Administración Masiva de Medicamentos
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CENCET	Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales de la Republica Dominicana
CWW	Children Without Worms
DEC	Dietilcarbamazina (citrato)
EID	Enfermedades Infecciosas Desatendidas
ETRAS	Equipo de Trabajo Regional en Agua y Saneamiento
FL	Filariasis Linfática
GNNTD	Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas <i>(por sus siglas en inglés: Global Network for Neglected Tropical Diseases)</i>
HTS	Helmintiasis Transmitidas por el Suelo
HCB	Help Children Barcelona
LAC	Latinoamérica y el Caribe
MDA	Programa de Suministro Masivo de Medicamentos <i>(por sus siglas en inglés: Mass Drug Administration)</i>
OBF	Organizaciones Basadas en la Fe
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PCT	Quimioterapia Preventiva
PTMI	Prevención de la transmisión materno infantil
Silais	Sistema Local de Atención Integral en Salud (Nicaragua)

RESUMEN EJECUTIVO

Las enfermedades infecciosas desatendidas (EID) afectan, principalmente, a las poblaciones que viven en condiciones socioeconómicas pobres, con bajos ingresos, bajo nivel educativo, vivienda precaria, carencia de acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento básico, en zonas de conflicto o en condiciones ambientales deterioradas, y con barreras en el acceso a los servicios de salud. Por compartir factores determinantes sociales y ambientales comunes, las enfermedades infecciosas desatendidas frecuentemente presentan superposición geográfica. La carga por enfermedades infecciosas desatendidas en América Latina y el Caribe es el 8,8% de la carga de enfermedad mundial, aproximadamente, 5 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)¹. En octubre de 2009 el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) aprobó la Resolución CD49.R19 sobre “Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza”². En ella se expresa el compromiso de los estados miembros de la OPS/OMS con metas concretas de control o eliminación de estas enfermedades.

Entre las EID, las geohelmintiasis tienen gran importancia, ya que se estima que en 30 países de América Latina y el Caribe (ALC) hay más de 49 millones de niños de 1 a 14 años de edad con riesgo de contraer infección por geohelminintos³, con el potencial de afectar su crecimiento y desarrollo y tener consecuencias irreversibles que alterarán su desempeño en la vida adulta. Aunque para el control de las geohelmintiasis es necesario un trabajo inter-sectorial que incluya no solo la desparasitación, sino la intervención en los determinantes asociados a la persistencia de la infección en las comunidades afectadas, la desparasitación sistemática de los menores de 15 años de edad no ha sido implementada ampliamente en la Región. Muestra de ello es que en el 2011 fueron desparasitados seis millones de niños en edad pre-escolar y 19 millones en edad escolar en nueve países.

En este marco, el programa regional de EID de la OPS/OMS elaboró las “Pautas operativas para la puesta en marcha de actividades integradas de desparasitación para las geohelmintiasis” con el propósito de promover la desparasitación como un trabajo integrado a componentes y actividades de salud pública en marcha y no como una actividad vertical o desvinculada de la acción conjunta e integral. En estas pautas, la integración se entiende como un proceso para organizar de manera conjunta la planificación, puesta en práctica y evaluación de las intervenciones. Así mismo, se promueve el trabajo conjunto con el fin de potenciar los recursos (humanos, financieros, técnicos, tecnológicos y logísticos) y mejorar la eficiencia de los programas de salud pública locales, sin que ello vaya en detrimento de lo que funciona adecuadamente. Estas pautas incluyen información operativa detallada para incrementar acciones de desparasitación en la Región, pero también plantean claramente la necesidad de integrar acciones de agua, saneamiento e higiene como parte del paquete de intervenciones para lograr el control de las geohelmintiasis.

El programa regional de EID de OPS/OMS, en alianza con Children Without Worms (CWW), la Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas del Instituto de Vacunas Sabin (Red Global/Sabin) y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI por sus siglas en inglés), realizaron dos reuniones para promover las acciones de control de las geohelmintiasis en ALC: 1) el taller para validar y capacitar en las pautas

¹ Hotez PJ, Bottazzi ME, Franco-Paredes C, Ault SK, Periago MR. The Neglected Tropical Diseases of Latin America and the Caribbean: A Review of Disease Burden and Distribution and a Roadmap for Control and Elimination. *PLoS Negl Trop Dis* 2(9). Fecha de consulta: 21 de junio de 2011. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2553488/?tool=pubmed>.

² Organización Panamericana de la Salud, Consejo Directivo. Resolución CD 49. R19, “Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza”; 2 de octubre de 2009. Fecha de consulta: 21 de junio de 2011. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=es.

³ Saboya MI, Catalá L, Nicholls RS, Ault SK (2013) Update on the Mapping of Prevalence and Intensity of Infection for Soil-Transmitted Helminth Infections in Latin America and the Caribbean: A Call for Action. *PLoS Negl Trop Dis* 7(9).

(mencionado en el párrafo anterior) para integración de la desparasitación en programas y actividades de salud pública, y 2) la reunión con socios para intensificar los esfuerzos integrados para el control de las geohelmintiasis en la región de las Américas. Estos dos eventos se realizaron en Bogotá, Colombia del 13 al 17 de mayo del 2013.

La respuesta a la convocatoria fue excelente. En el taller de revisión de las pautas participaron delegados de los ministerios de salud y educación de 18 países, asesores de los programas regionales de OPS/OMS para inmunizaciones, alimentación y nutrición, salud ambiental en emergencias, salud integral de la niñez, asesores en enfermedades transmisibles de las oficinas de OPS/OMS en los países participantes, el asesor para el control de las geohelmintiasis de OMS, delegados de CWW, la Red Global/Sabin y ACDI. Para la segunda reunión se sumaron además delegados del Banco Inter-Americano de Desarrollo, la Universidad McGill de Canadá, GlaxoSmithKline, Johnson & Johnson, Fundación Cayetano Heredia, Bernard van Leer Foundation, Catholic Medical Mission Board, Fundación Mundo Sano, Operation Blessing International, Save the Children, Vitamin Angels, INMED ANDET y Global Health Partnership Initiative.

A continuación se presenta un resumen de las conclusiones y recomendaciones de cada una de las dos reuniones.

Taller de Capacitación en las pautas operativas para la puesta en marcha de actividades integradas de desparasitación para las geohelmintiasis

Las principales conclusiones fueron:

- Existe interés y compromiso de los 18 países participantes en la reunión en implementar, continuar, fortalecer, monitorear y evaluar las acciones de desparasitación con las siguientes características: 1) integradas a otras acciones de salud pública, en especial de control y eliminación de las EID, 2) integradas a acciones intersectoriales en el marco de los determinantes de la salud, y 3) promover políticas de Estado para el desarrollo sostenible de las comunidades.
- La integración es una oportunidad para fortalecer los servicios de salud. La integración al PAI y a actividades de nutrición es una ventana de oportunidad para la desparasitación de pre-escolares, mientras que la integración a estrategias de educación y escuelas saludables es una oportunidad para la desparasitación de escolares. Por lo tanto, es necesario seguir fortaleciendo la coordinación entre los sectores de salud y educación, ya que está demostrado que es una intervención costo efectiva.
- Varios países de la Región han implementado por más de cinco años la desparasitación para los geohelminthos con coberturas superiores al 75%, sin embargo la evaluación del impacto sigue siendo un desafío.
- La participación de delegados de los Ministerios de Educación fortaleció el análisis conjunto de las intervenciones integradas para el control de las geohelmintiasis en los países priorizados; sin embargo, es necesario vincular a delegados de otros ministerios y sectores relacionados con el acceso a agua segura, saneamiento mejorado e higiene para promover la sostenibilidad del control de las geohelmintiasis.
- Algunos países están accediendo a donaciones de albendazol y mebendazol de OPS/OMS; sin embargo, existe interés manifiesto de otros países para acceder a estas donaciones, y solicitan la abogacía de OPS/OMS para que las donaciones puedan darse también para otros grupos poblacionales (pre-escolares, mujeres en edad fértil, adultos trabajando en actividades de riesgo para la infección, etc.).

Las principales recomendaciones de los participantes del taller fueron:

- Abogar para que el control de las geohelmintiasis se considere como una prioridad de salud pública enmarcado en los determinantes de la salud, integrada a los planes de desarrollo del país, con un abordaje interprogramático e intersectorial para garantizar sostenibilidad de las acciones.
- El programa regional de EID de la OPS/OMS debe fortalecer y ampliar el proceso de coordinación entre los programas regionales de la organización para promover una cooperación técnica integral a los países incluyendo a entidades como el equipo técnico regional de agua y saneamiento (ETRAS de la OPS/OMS), el fondo estratégico para medicamentos e insumos críticos, inmunizaciones, nutrición, ciclo de vida, etc.
- El componente de acceso a agua segura, saneamiento mejorado, higiene y entorno saludable, debe estar incluido de forma clara, prioritaria e intersectorial con abordaje eco-sistémico en el control de la geohelmintiasis.
- Vincular y coordinar de forma activa las acciones de control de las geohelmintiasis con otros sectores y diferentes actores sociales en cada país, incluyendo las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y organismos internacionales para potenciar los recursos disponibles y la experiencia de cada uno.
- Formular o completar el plan anual de acción de cada país para el control de los geohelminos (según formularios estandarizados de OPS/OMS), en el cual se refleje la coordinación y planificación integrada, de manera interprogramática, incluyendo los componentes de sistema de información, supervisión, monitoreo, evaluación y movilización social y la educación en salud.
- Implementar y fortalecer en todos los países el monitoreo y evaluación de las acciones, incluyendo el levantamiento de líneas de base, el monitoreo de los indicadores de proceso y desempeño, y la evaluación de los indicadores de impacto para mejorar la toma de decisiones para el control de las geohelmintiasis, y la implementación de acciones adecuadas a la situación eco-epidemiológica de cada país.
- Se recomienda que la OPS/OMS promueva la participación de delegados de otros ministerios en los talleres o encuentros regionales. De igual forma se insta a los países a que convoquen a nivel nacional y subnacional a los responsables de las acciones de agua, saneamiento, vivienda, reducción de la pobreza, entre otros, para que concreten acciones en el marco de los determinantes de la salud.
- Se recomienda a los países que accedan a las donaciones de medicamentos para niños en edad escolar para que los recursos ahorrados se destinen a otras actividades para el control de la geohelmintiasis, como puede ser actividades de monitoreo y evaluación.
- Los países que estén interesados en acceder a las donaciones de medicamentos antiparasitarios, requieren tener el plan operativo que describa la planificación, implementación, monitoreo y evaluación, así como incluir el reporte de coberturas.
- Se recomienda a OPS/OMS y socios como CWW y la Red Global/Sabin, abogar con la industria farmacéutica para que la donación se amplíe a otros grupos poblacionales (pre-escolares, mujeres en edad fértil, adultos etc.), así como disponer de presentaciones preferibles para menores de cinco años.
- Se recomienda a OPS/OMS difundir el proceso estandarizado para la solicitud de donaciones de medicamentos para la región de las Américas.

Reunión para Intensificar los Esfuerzos Integrados para el Control de las Geohelmintiasis en la Región de las Américas, Trabajando Juntos por Un Mismo Objetivo.

Las principales conclusiones de la reunión fueron:

- Existe interés de los Ministerios de Salud, ONG, Organizaciones Basadas en la Fe o Confesionales (OBF) y socios para coordinar e implementar acciones integradas de control de las geohelmintiasis.
- Las ONG, OBF y socios ratificaron su interés en participar en las acciones de control integral de las geohelmintiasis, no solamente en la donación y distribución de medicamentos, sino en el fortalecimiento de la capacidad nacional y local, apoyando en el entrenamiento, asistencia técnica, monitoreo y evaluación.
- Existen debilidades en los mecanismos y flujos de información de desparasitación y control de las geohelmintiasis en los países (donación de medicamentos, reporte de coberturas de desparasitación, monitoreo y evaluación, entre otros).
- Existen brechas regionales en el monitoreo y evaluación de las acciones de control de las geohelmintiasis, incluida la evaluación del impacto de intervenciones en agua, saneamiento e higiene.
- Existen o están en desarrollo protocolos, guías, pautas y lineamientos producidos por OPS/OMS y los socios y aliados para el control de las geohelmintiasis y las Enfermedades Infecciosas Desatendidas, incluidas herramientas en los temas de agua, saneamiento e higiene para la prevención y control de enfermedades infecciosas.
- Existe una gran variedad de materiales educativos producidos tanto por los Ministerios de Salud como por las ONG, OBF y socios para el control de las geohelmintiasis.
- Algunos países están recibiendo donación de medicamentos a través de OPS/OMS para escolares. Para otros grupos de edad como los preescolares están recurriendo a otras alternativas (compra local, donación de otros socios, etc.)

Las principales recomendaciones de los participantes de la reunión fueron:

- Los Ministerios de salud podrían identificar el área o grupo líder del control de las geohelmintiasis (y otras EID) para facilitar el diálogo y coordinación con ONG, OBF y socios, como parte del fortalecimiento de su rol rector.
- La OPS/OMS puede jugar un papel de catalizador para facilitar el diálogo y coordinación entre los países y las ONG, OBF y socios.
- Los países pueden avanzar en el mapeo de las ONG, OBF y socios que están implementando acciones de control de geohelmintiasis en sus territorios (quiénes son, dónde están, estructura y recursos, y actividades que desarrollan).
- Los Ministerios de Salud pueden definir, aclarar y difundir los flujos de datos para coberturas de desparasitación de acuerdo con sus sistemas de información. Es importante que los informes de cobertura de desparasitación de los países, incluyan el reporte de las actividades realizadas por otros ministerios (Eje: Educación), ONG, OBF y socios.

- Los Ministerios de Salud necesitan fortalecer sus sistemas de reporte de actividades de control de las geohelmintiasis (cobertura, monitoreo y evaluación) para mejorar la calidad del reporte anual a nivel nacional, regional y global.
- Los Ministerios de Salud requieren identificar y analizar la información de diferentes fuentes y bases de datos de instituciones y organizaciones que participan en la cadena de acciones de control de las geohelmintiasis para fortalecer la toma de decisiones.
- Los gobiernos nacionales pueden explorar el uso de nuevas tecnologías para mejorar la oportunidad y calidad del reporte de datos en el control de las geohelmintiasis (telefonía móvil, sistemas de reporte vía Web, entre otros).
- Los Ministerios de Salud necesitan incluir en sus actividades de control de las geohelmintiasis el monitoreo y evaluación de indicadores de proceso, desempeño e impacto; estas acciones deben tener la participación de otros ministerios, organizaciones, universidades, centros de investigación e instituciones vinculadas al control de las geohelmintiasis.
- La OPS/OMS en conjunto con los Ministerios de Salud, Ministerios encargados de los temas de agua, saneamiento e higiene y socios pueden apoyar en el monitoreo y la evaluación del impacto de las acciones integradas para el control de las geohelmintiasis (incluida la evaluación económica del paquete integrado WASH).
- Los resultados del monitoreo y evaluación deben ser usados a nivel nacional y subnacional para sustentar la toma de decisiones y modular las intervenciones.
- La OPS/OMS conjuntamente con los socios pueden desarrollar e implementar un taller regional sobre monitoreo y evaluación en el control de las geohelmintiasis.
- La OPS/OMS en colaboración con los aliados puede apoyar para recopilar y poner a disposición de los países y socios regionales los documentos técnicos y educativos disponibles (de salud, agua, saneamiento e higiene) en una caja de herramientas.
- Es necesario mapear y sistematizar las experiencias en los países para conocer y compartir las lecciones aprendidas y buenas prácticas en WASH y EID.
- Incrementar en la región la difusión y puesta en marcha de programas educativos que hagan énfasis en la relación de agua, saneamiento, higiene y salud.
- La OPS/OMS puede abogar por la ampliación de la donación de medicamentos para otros grupos de edad, con el fin de unificar y facilitar la programación y la implementación de acciones en los países.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, agradecen a Children Without Worms (CWW) del Task Force for Global Health, Canadian International Development Agency (CIDA) y la Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas, un programa del Instituto de Vacunas Sabin, por facilitar los recursos económicos y técnicos para lograr la realización de estas dos actividades regionales.

Parte 1

Taller de capacitación en las pautas operativas para la puesta en marcha de actividades integradas de desparasitación para las geohelmintiasis

INTRODUCCIÓN

En América Latina y el Caribe (ALC), al menos 180 millones de personas viven por debajo de la línea de pobreza. Estas poblaciones pobres y marginadas a menudo presentan una alta carga de enfermedades infecciosas desatendidas (EID) y otras enfermedades infecciosas relacionadas con la pobreza. Este grupo de enfermedades continúa provocando considerables pérdidas, no sólo en las familias y las comunidades, sino también en el desarrollo socioeconómico de las Naciones.

Se considera que los 3 tipos de helmintiasis más comunes transmitidas por el suelo⁴ (HTS), se encuentran presentes en todos los países de la Región de ALC, aunque el porcentaje varía. En 2010, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró un informe que analiza los avances en el control y eliminación de la filariasis linfática, la oncocercosis, el tracoma, la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el suelo, las cuales pueden ser eliminadas o controladas mediante la quimioterapia preventiva. Este reporte concluyó que, si las acciones de desparasitación se centraran en 18 países, el 94% de niños en edad preescolar (12.088.816) y el 93,5% de niños en edad escolar (29.927.933) de la población en riesgo de HTS en ALC, podrían ser alcanzados con las actividades de desparasitación (OPS 2010). En 2012, la OPS actualizó estas estimaciones con base en la metodología descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS), concluyendo que 13,8 millones de niños en edad preescolar y 35 millones de niños en edad escolar están en riesgo de infecciones por geohelminthos en la Región, en concordancia con los datos más actualizados de acceso a saneamiento básico y agua potable.

La información epidemiológica sobre HTS es escasa, ya que estas infecciones no se reportan; sin embargo, en la revisión de las tasas de prevalencia publicadas por la OPS en 2011, algunos estudios han determinado prevalencias superiores al 50% en algunos grupos de niños en edad escolar y en poblaciones indígenas. Además, estos resultados demostraron que, aunque la intensidad de la infección se reportó con baja frecuencia, ha sido lo suficientemente alta como para ser asociada con efectos adversos para la salud, como la anemia y la deficiencia en el desarrollo físico y cognitivo. Por lo tanto, y de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, se está promoviendo en los países de la Región de alto riesgo de la Región la cooperación técnica necesaria para incrementar las desparasitaciones masivas contra los HTS para llegar a todas las poblaciones vulnerables.

De acuerdo con la Resolución CD49.R19 de 2009 de la OPS, para el 2015 los Estados miembros en ALC deberán alcanzar un cobertura de desparasitación de al menos el 75% en los niños en edad escolar para contribuir al logro de la meta de control de las HTS. En este sentido, los países, organizaciones no gubernamentales, Organizaciones Confesionales o Basadas en la Fe y otros socios, han avanzado en la integración de la desparasitación en otros programas, con un enfoque intra e intersectorial; sin embargo, estas acciones se han planificado y ejecutado sin la existencia de directrices para la integración de desparasitación en otros programas. Es por lo anterior que la OPS, en

⁴ *Áscaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, y *Uncinari*

2011, inició el proceso de elaboración de directrices regionales que pudieran servir como un instrumento para facilitar la integración de las actividades de desparasitación en las plataformas existentes, tales como el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), las actividades de nutrición, los programas de malaria y de tuberculosis, y el de escuelas saludables, entre otros. Estas guías, además de facilitar la implementación, permiten un efectivo seguimiento y evaluación del control de los geohelminthos en niños en edad pre-escolar y escolar. En el 2011, la OPS, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas (GNNTD), un programa del Instituto de Vacunas Sabin, publicaron un documento conjunto titulado *"Un Llamado a la Acción: Abordando el Control de las Geohelminthiasis en América Latina y el Caribe"*, el cual informa sobre el impacto devastador de la infección por parásitos intestinales en América Latina y el Caribe y resalta múltiples oportunidades para reforzar los programas de desparasitación a un bajo costo pero con un alto retorno económico para la salud y el bienestar de niños y adultos en todo el hemisferio, mediante un enfoque intra e intersectorial.

Con el objeto de incorporar las mejores prácticas en el estado del arte de la integración de los programas de desparasitación en los programas de salud y de educación, a través de la acción intersectorial en nuestro contexto regional, y con el ánimo de darle vida y concretar las recomendaciones del documento de política conjunta, la OPS ha elaborado el documento titulado "Lineamientos Regionales para la implementación de acciones integradas de desparasitación". Con base en este documento, la OPS organizó por primera vez el taller de capacitación, el cual contó con la participación de delegados de los Ministerios de Salud y Educación de 18 países prioritarios, los puntos focales de la OPS para el control de las EID en estos países y los asesores regionales de los siguientes programas: Programa Ampliado de Inmunizaciones, alimentación y nutrición, Salud Ambiental en Emergencias y Desastres y el programa de Salud Infantil y AIEPI y el asesor para el control de las geohelminthiasis de la OMS. El objetivo general de este taller fue empoderar a los países para intensificar los esfuerzos integrados para contribuir al control de las infecciones por geohelminthos, y promover la implementación de acciones integradas para la desparasitación en plataformas de salud existentes en la Región de las Américas, contribuyendo así al logro de las metas para el control y la eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas establecidas por los Estados Miembro en la resolución CD49.R19 del Consejo Directivo de la OPS del 2009, y la Hoja de Ruta de la OMS sobre las Enfermedades Tropicales Desatendidas de 2012. Pero también convocó a reunión regional de organizaciones no gubernamentales, socios y otros organismos de cooperación internacional, a fin de intensificar los esfuerzos integrados para el control de las geohelminthiasis en la Región.

El presente documento recoge las memorias y conclusiones del taller de capacitación y la reunión con los socios, que al respecto se llevaron a cabo en la ciudad de Bogotá, Colombia, en la semana del 13 al 17 de mayo de 2013, lo cual permitirá realizar la abogacía, coordinación, integración e implementación de programas para el control de las geohelminthiasis en la Región.

INSTALACIÓN

El Dr. **Guillermo Guibovich**, Asesor de Evidencias en Salud y Control de Enfermedades de la Organización Panamericana de la Salud en Colombia, a nombre del Dr. Teófilo Monteiro, Representante de la OPS en Colombia, dio la bienvenida a los asistentes deseándoles una feliz estadía y un trabajo productivo, mostrando su beneplácito por el hecho de las evidencias actuales frente a la concreción de esfuerzos y lineamientos en la definición de actividades integradas para la Región de las Américas, con lo cual se podrá lograr reducir la prevalencia de las parasitosis intestinales en los países.

El Dr. **Antonio Montresor**, del Departamento de Control de las Enfermedades Tropicales Desatendidas, de la Organización Mundial de la Salud, dio la bienvenida a los asistentes y resaltó la importancia que representa para la Región de las Américas el control de las geohelmintiasis. Trae a colación las importantes donaciones de las compañías farmacéuticas para combatir las geohelmintiasis en los niños menores de 15 años en diferentes países, pero en particular en América Latina y el Caribe, donde se cuenta con mucha experiencia en los diferentes países, las cuales podrán ser transmitidas a otros países para mejorar las coberturas de desparasitación.

El Dr. **Ildelfonso Cepeda**, Subdirector de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, da la bienvenida a nombre del Ministro de Salud y Protección Social, Dr. Alejandro Gaviria Uribe, deseando una buena estadía y un trabajo productivo en las jornadas. Refiere que en el Ministerio de Salud y Protección Social se vienen realizando actividades integradas, las cuales se han plasmado en el Plan Decenal de Salud Pública, el cual incluye la integración de muchos de los programas estructurados, tales como el programa de tuberculosis, lepra, entre otros, donde las helmintiasis se incluyen dentro del grupo de enfermedades desatendidas, con metas específicas para reducir la morbilidad. Agradeció la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud en el apoyo e impulso para el logro de los objetivos de la reunión.

El Dr. **David Addiss**, Director de la ONG *Children Without Worms*, agradece a los organizadores y asistentes en la decisión de trabajar por el control de las geohelmintiasis en la infancia. Trae a colación la manera como ha surgido la salud global en la década de los 90, en referencia a la salud pública y la salud internacional, y las características de la salud global incluyen el hecho de que trasciende las fronteras nacionales. La salud global busca equidad y requiere de cooperación global, más allá de las fronteras e incluyen acciones multidisciplinarias tanto la prevención como el tratamiento clínico.

Menciona que las helmintiasis transmitidas por el suelo, debemos verlas desde diferentes perspectivas. Es un asunto de salud pública, con efectos clínicos tales como las obstrucciones intestinales, las deficiencias nutricionales y anemias, entre otras. El control de las helmintiasis produce efectos inmediatos, tales como el mejoramiento de la función cognitiva, que contribuye al desarrollo nacional y Regional. También se puede ver como un empoderamiento económico y social. En un estudio reciente en Kenia mostró que la desparasitación produce una ganancia en peso y talla de hasta el 25% en los niños desparasitados. Se puede ver también la desparasitación como una acción humanitaria.

Trae a referencia una reciente reunión en el Centro Carter, donde se realizó una descripción de la salud global, la cual está regida sobre el valor de la compasión, enraizada en el valor de la interconectividad. La salud global y la compasión buscan establecer un puente entre las personas separadas por aspectos geográficos, económicos, políticos, entre otros. Esta descripción se aplica muy bien al control de las geohelmintiasis, pues existe una compasión que motiva a los asistentes para coordinar esfuerzos y aliviar el sufrimiento causado por las helmintiasis transmitidas por el suelo. Agradece el compromiso y la pasión de los asistentes a la reunión para la transformación de este sufrimiento y la búsqueda de las mejores experiencias para que aprendamos juntos cómo podemos avanzar.

La Lic. **Karen Palacio**, asesora de la Red Global de Enfermedades Tropicales Desatendidas, del Instituto de Vacunas Sabin, agradece la oportunidad de participar en el taller sobre las pautas operativas para la implementación de actividades integradas para la desparasitación. Reconoce el liderazgo de la OPS en el control y la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y como socio clave de la red mundial. Destaca la presencia de los profesionales en el control de las EID, en especial en el control de las geohelmintiasis, como los representantes de los Ministerios de Salud, de OPS, de OMS y de *Children Without Worms*, entre otros.

Trae a colación el problema que representa para 49 millones de niños en edad pre-escolar y escolar, quienes se encuentran en riesgo de contraer estas infecciones, que hacen parte de la agenda inconclusa de la salud pública internacional, con consecuencias en discriminación, aislamiento, situación de salud y pobreza, con consecuencias que trascienden el sector de la salud, pues afectan la educación, con efectos tan severos como la reducción de los ingresos salariales futuros.

Pero existen oportunidades, como las donaciones de medicamentos y la disponibilidad de nuevas tecnologías y estrategias. El resultado termina siendo mayor que el mero control de la enfermedad, el cual promueve la productividad y el mejoramiento de los ingresos económicos en las familias, logrando romper el círculo vicioso de la pobreza. El éxito se puede alcanzar si nos mantenemos enfocados en las prioridades correctas, tal como lo han realizado Honduras y Brasil.

Finalmente, identifica las cinco áreas en las que los países participantes se pueden comprometer: 1) el desarrollo de Planes Nacionales para el control de las geohelmintiasis; 2) la integración con otras estrategias y programas; 3) la coordinación con otros actores, tales como fundaciones, ONG, OBF y el sector privado; 4) alianzas innovadoras transectoriales; y 5) la promoción y abogacía en varios niveles.

El Dr. **Steven Ault**, Asesor de Enfermedades Infecciosas Desatendidas de la Organización Panamericana de la Salud, presenta saludos a nombre del Dr. Luis Gerardo Castellanos, Coordinador del Programa de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud, da la bienvenida a esta reunión de entrenamiento de la implementación de programas integrados de desparasitación. Refiere que durante los últimos años se ha trabajado para desarrollar un conjunto de guías con propósitos específicos, para ayudar a los países a planificar, expandir y tener acceso a la desparasitación de aquellos niños que viven en condiciones sanitarias precarias.

Las guías contienen la palabra *integrada*, lo cual implica la manera efectiva de integrar la desparasitación con otras acciones, tales como la educación en salud, la promoción de la higiene y el mejoramiento del suministro de agua potable y saneamiento, a fin de reducir la carga de parásitos en niños y familias mediante acciones innovadoras. También implica diferentes formas de brindar los servicios de salud a los niños, más allá de la entrega de las tabletas, tales como la inmunización, la complementación nutricional, educación en salud, entre otros.

Igualmente, se analizarán las probabilidades de cooperación con programas nacionales para la eliminación de otras enfermedades tropicales, tales como la esquistosomiasis; así como las plataformas que pueden ayudar a la entrega de estos servicios, tales como Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, la Semana de Vacunación en las Américas, el programa de Escuelas Saludables, entre otras.

La coordinación y planeación conjunta también se debe llevar al trabajo intersectorial y transectorial, tales como el trabajo entre los ministerios de salud y de educación, cuyas experiencias nacionales pueden servir de modelo para muchos de los países presentes.

También contamos con algunas ventajas que hace algunos años no teníamos, que son las donaciones de las empresas farmacéuticas que realizan a los países para la desparasitación de niños menores de 15 años. Esta es la oportunidad para coordinar juntos todos los esfuerzos ya mencionado, para mejorar la salud, la educación y el desarrollo de millones de niños desfavorecidos de América Latina y el Caribe.

Panel de Expectativas de la Reunión

Planteamientos de algunos de los asistentes, frente a los objetivos trazados con esta reunión:

- Paraguay: Estamos enfrascados en la entrega del tratamiento en las escuelas, pero tenemos un escenario contextual de problemáticas sociales, asimetrías, extrema pobreza. El médico enfrentado a la clínica no puede en 15 a 20 minutos de consulta resolver una problemática de salud que tiene toda una serie de determinantes por fuera del sector de la salud.
- Colombia: La expectativa desde el Ministerio de Salud y Protección Social es la de lograr trascender desde el sector de la salud con otras instituciones, tanto dentro del sector, como lo son el Instituto Nacional de Salud y el Instituto

Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos; y con la cooperación técnica de la OPS, queremos ampliar el trabajo con otros ministerios, como lo son los ministerios de Vivienda, Educación, entre otros. Nuestra expectativa es la de liderar este trabajo.

- Brasil: Trabajamos de manera conjunta con los ministerios de Educación y, en especial, con el Ministerio de Desarrollo Social, en el cual se ejecuta un programa gubernamental denominado *Brasil sin Miseria*. Es en este marco en el cual desarrollamos nuestros planes integrados, como parte de un plan de gobierno.
- Honduras: Actualmente nos encontramos en preparación para una jornada de desparasitación de escolares a realizarse en julio próximo, de tal manera que nuestras expectativas giran alrededor de la manera como podremos integrar estas actividades, así que nos preguntamos cómo podemos hacer una evaluación posterior de estas intervenciones; cómo podemos incidir en estos factores que están actuando en la problemática del parasitismo. Agradecemos la invitación y esperamos llevarnos un plan para el país, para trabajarlo en la mesa técnica de enfermedades desatendidas en Honduras.
- Ecuador: Estamos en un proceso de reforma del sector de la salud, actualmente enfocado en el fortalecimiento de las instituciones públicas. El reto es el de competir con los prestadores privados. El modelo de salud obliga a tratar a las personas con un enfoque netamente preventivo, de tal manera que los médicos tendrán definidos los porcentajes de horas dedicados a la atención y el porcentaje de horas destinados a la prevención. Consideramos los factores que inciden en la problemática deben ser integrados, pues la sola distribución de tratamientos no es suficiente. Deseamos la participación de los diferentes sectores involucrados. Estamos armando una plataforma multisectorial que para otros problemas de salud pública, como el control de rabia silvestre y Dengue.

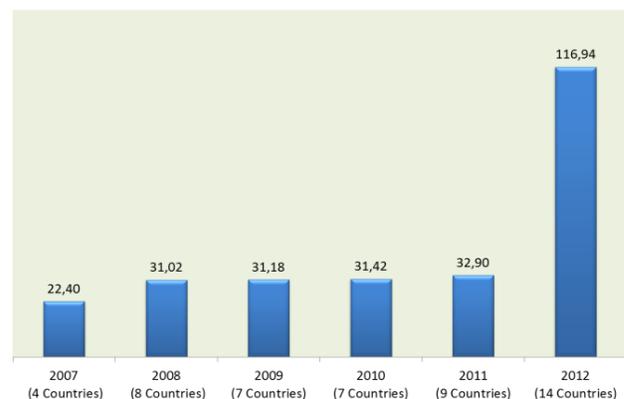
Conclusión: Las palabras claves son: *integral* en otras acciones; que sea intersectorial; que esté vinculado a las políticas sociales de desarrollo y de reducción de la pobreza; y que es un momento en el que tenemos las condiciones para el control de las geohelmintiasis. En la Región de las Américas los países están trabajando en Planes Nacionales para la Reducción de la Pobreza, mediante el incremento al acceso al agua potable; aumentar el acceso al saneamiento básico; mejorar los aspectos de nutrición, de salud y de educación; mejoramiento y acceso a vivienda digna y los derechos humanos. Salud es uno de los ejes de las políticas de desarrollo sostenible de nuestros países. Esta no es una intervención aislada, pero salud puede liderar las coordinaciones intersectoriales. La idea es construir estrategias, en el marco de las realidades nacionales y las necesidades de cada país y de sus recursos disponibles.

PROGRESOS, BUENAS PRÁCTICAS Y RETOS EN LA IMPLEMENTACION DE ACTIVIDADES DE DESPARASITACION PARA EL CONTROL DE LOS GEOHELMINTOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

CONTEXTO GLOBAL DE LA DESPARASITACIÓN: ACCIONES AL 2020⁵

- En el año 2001 la Asamblea Mundial de la Salud emite la resolución WHA54.19, la cual insta a los países en la eliminación de la Esquistosomiasis y las Helmintiasis transmitidas por el suelo, como un problema de salud pública y expresa el enfoque diferencial, priorizando el tratamiento en mujeres y niños, así como la promoción del acceso al agua segura, el saneamiento y la educación en salud mediante la colaboración intersectorial. Establece también la meta mínima de administración de quimioterapia al 75% de los niños en edad escolar a riesgo para el 2010.
- La Resolución del CD49.R19 del 49º Consejo Directivo de la OPS de 2009, también menciona la meta de quimioterapia preventiva en al menos el 75% de los escolares a riesgo y nuevamente establece la necesidad de la colaboración intersectorial para promover el acceso al agua potable, al saneamiento y a la educación sanitaria. Ambos documentos suministran la base para el enfoque general requerido. Se hace necesario identificar recursos específicos para alcanzar la meta del control de estas parasitosis como problema de salud pública.
- En el año 2005 se logró un importante avance en la reducción de las geohelminiasis en niños, gracias a la donación de Mebendazol por parte de Johnson & Johnson. En el año 2007 CWW distribuyó medicamentos a 4 países y durante los años 2008 y 2011 enviaron aproximadamente más de 30 millones de dosis, entre 7 a 9 países cada año (Gráfica 1).
- Para el 2012, se alcanzó casi cuatro veces más el número de dosis distribuidas en 14 países, lo cual responde a la expansión de las donaciones de Johnson & Johnson. Luego Glaxo-Smith-Kline anunció la donación de 400 millones de dosis al año para reducir las helmintiasis transmitidas por el suelo; y 600 millones de dosis al año están disponibles para tratar a niños en edad escolar, lo cual corresponde a 5 billones de dosis prometidas hasta el 2020.
- Además de este incremento en el recurso de medicamentos, contamos ahora con mayores recursos económicos y humanos y el conocimiento para dirigir de la mejor manera estos fondos. El objetivo primario son los niños en edad escolar y la mejor plataforma para la entrega del medicamento es la escuela. Se tienen buenas directrices a través de la Organización Mundial de la Salud.
- De acuerdo con las cifras presentadas por la Organización Mundial de la Salud, en el 2011, los países donde su población infantil requiere de la mayor atención y dispensación de quimioterapia preventiva frente a los helmintos transmitidos por el suelo, se pueden apreciar en color rojo en el Mapa 1.

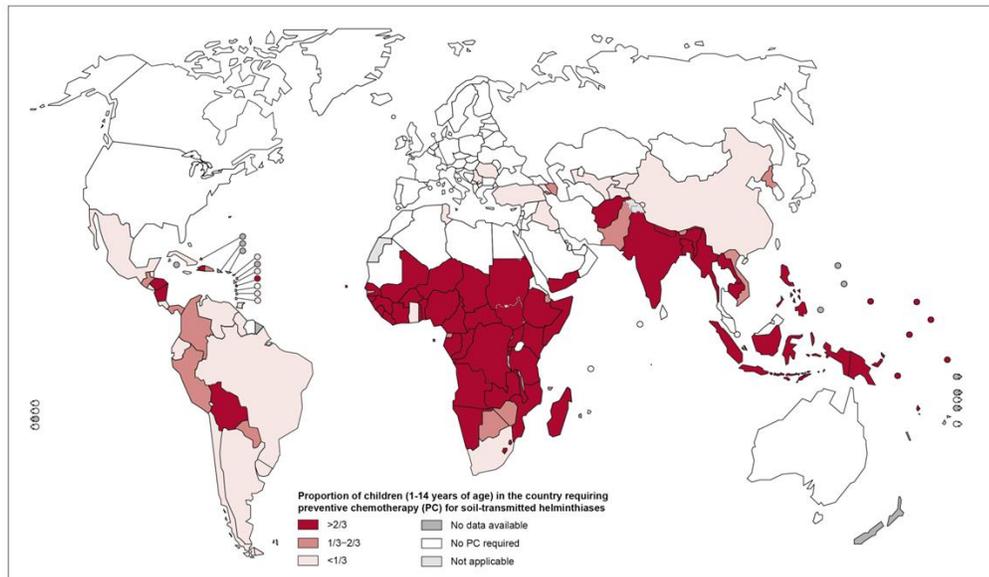
Gráfica 1. Número de dosis de Mebendazol donadas (en millones) y número de países apoyados por *Children Without Worms*, 2007–2012



Fuente: Children Without Worms, 2013

⁵ Dr. David Addiss, Director de la ONG Children Without Worms.

Mapa 1. Proporción de niños (1-14 años) que requieren quimioterapia preventiva para las helmintiasis transmitidas por el suelo, por países, nivel global, 2011



Fuente: Programa de Control de Enfermedades Desatendidas, OMS.

- El grupo de Enfermedades Tropicales de Suiza realizó un estudio con datos incompletos y mediante un modelo matemático se realizó un estimado de la prevalencia, tanto para *Áscaris lumbricoides* como para *Trichuris trichiura*, encontrando que, definitivamente, la prevalencia varía por región.
- Se tiene claro el rol del agua potable, la higiene y el saneamiento básico en el sostenimiento y la consolidación de los logros obtenidos mediante el tratamiento masivo. En un análisis realizado por el Grupo Suizo de Investigación Tropical, con los datos de las variables mencionadas, demostró que el acceso al saneamiento básico está altamente asociado con la protección contra las infecciones por helmintos transmitidos por el suelo.
- En el progreso global hacia el control de las helmintiasis transmitidas por el suelo, tenemos que apoyarnos en la situación actual (Tabla 1):

→ Son cerca de 609 millones de niños en edad escolar a riesgo,
 → Contamos con donaciones farmacéuticas,
 → Contamos con metas y objetivos al 2020,
 → Tenemos guías de manejo, parámetros de monitoreo, entre otros.

- Para el 2011, el 31% de estos 609 millones de niños fueron tratados a nivel global (187 millones).
- 64% de ellos fueron tratados a través de programas de eliminación por otras enfermedades, como filarisis linfática, y no a través de programas nacionales de control de Helmintiasis Transmitidas por el Suelo.

Tabla 1. Progresos en el control de las Helmintiasis Transmitidas por el Suelo

Programa Componente	Grupo a Riesgo		
	Niños en edad Preescolar	Niños en edad Escolar	Mujeres en edad fértil
A riesgo de enfermar (en millones)	266	609	~565
Donaciones de medicamentos		✓	
Objetivos y metas de la OMS al 2020	✓	✓	
Guías de implementación de la OMS	✓	✓	
Guías WHO M&E		✓	
Millones tratados en 2011 (%)	81 (31%)	187 (31%)	~80 (~14%)
% de niños tratados mediante el programa FL	29%	64%	~98%

Fuente: Addiss David, Children Without Worms, 2013

- El 31% (81 millones) de los niños en edad pre-escolar de un total de 266 millones, fueron tratados en 2011. El 29% fue a través de programas de eliminación de la filariasis linfática. Otro porcentaje fue a través de la inmunización y otros programas integrados.
- El grupo menor cobertura fue el de mujeres en edad fértil. Aproximadamente 565 millones de mujeres en edad fértil se encuentran a riesgo, pero hay muy pocos países que tienen medidas de control para HTS para este grupo; no obstante, estas personas están accediendo a estos medicamentos a través de programas de eliminación de filariasis linfática. En nuestra perspectiva, las acciones de aquí al 2020 contemplan, entre otras:
 - Incrementar el tratamiento en los niños en edad escolar. Contamos con las donaciones de tratamientos para este grupo. Este tal vez es el enfoque más importante para el comienzo.
 - Incrementar el tratamiento a otros grupos de riesgo.
 - También deberíamos clarificar nuestra perspectiva, en el sentido de definir si realmente estamos pensando en el control de las HTS como un componente de la salud escolar, o estamos pensándolo como una iniciativa de salud pública integral.
 - Finalmente, requerimos acciones coordinadas hacia metas específicas.
- Al revisar la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, de 2001, se aprecia cierto nivel de especificidad según las áreas de transmisión; hay diferentes metas según las diferentes áreas de transmisión. Nuestra sugerencia es que muchos países de la Región pueden hacer mucho más que simplemente alcanzar la meta de cobertura del 75%, por lo que sugerimos, en la construcción de sus planes, considerar los diferentes objetivos de control de las HTS en diferentes categorías (Cuadro 1):

Cuadro 1. Posibles metas para el control de las HTS para el 2020

Categorías	Características					Metas/Objetivos
	Carga de la Enfermedad	Voluntad Política	Capacidad Técnica	Recursos Financieros	Infraestructura de Agua, Saneamiento e Higiene	
Sostenible	Baja	Alta	Excelente	Adecuada	Buena - puede requerir algún mejoramiento	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna enfermedad relacionada con HTS • HTS por debajo del umbral para la AMM • Transmisión interrumpida en algunos sitios
Escalamiento Nacional Completo Posible	Moderada	Alta a moderada	Buena	Podrían requerirse más recursos	Requiere mejoramiento	<ul style="list-style-type: none"> • AMM en todas las zonas de riesgo • AMM ya no es necesaria en algunas áreas • Mejoramiento de la infraestructura de agua, saneamiento e higiene
Altamente afectados (frágiles, en conflictos)	Alta	A menudo baja	A menudo baja	No adecuado	Pobre	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo de cobertura del 75% • Mejoramiento de la salud de la cohorte de niños tratados • Mayor capacidad de los sectores de educación y salud

Fuente: Addiss David, Children Without Worms, 2013

- En los países altamente afectados, con alta carga de la enfermedad, poca voluntad política, baja capacidad resolutive y problemas de infraestructura en sus sistemas de agua y saneamiento, tal vez el objetivo del 75% sería lo que alcancemos a cubrir (y no podría ser menos). Mejoraría la salud de las cohortes de los niños tratados y se fortalecería la capacidad de los sectores de salud y educación.
- Otra categoría corresponde a los países con un escalamiento nacional completo, incluyendo todas las áreas en riesgo; quizá en estos países ya no se requiera la quimioterapia preventiva en algunas áreas y sea necesario la mejora de calidad de agua, saneamiento e higiene.
- Muchos de los países podrán estar en esta categoría de sostenibles, quienes deberán considerar qué metas deberán trazarse para el 2020. La carga de la enfermedad es relativamente baja; la voluntad política es alta; se cuenta con buena capacidad técnica; los recursos financieros tal vez no son los más adecuados pero podrían ser aumentados; y la infraestructura de agua y saneamiento es buena y susceptible de mejoramiento. Las metas aquí pueden ser que no hayan enfermedades relacionadas con HTS para el 2020 y que los niveles de HTS estén por debajo del umbral para la administración masiva de drogas. En otras medidas, esto podría ser adecuado para sostener los niveles bajos y tal vez podríamos interrumpir la transmisión en algunas áreas.

ESTADO DEL ARTE, RETOS Y OPORTUNIDADES EN LA DESPARASITACIÓN PARA GEOHELMINTOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS⁶

Las EID y el marco de trabajo para el control de las geohelmintiasis en América Latina y el Caribe

- Las Enfermedades Infecciosas Desatendidas afectan a la mayoría de grupos y comunidades que viven en la pobreza, en cierto grado de marginalidad, al igual que comunidades indígenas y otros tipos de minorías étnicas. La situación para algunos grupos particularmente vulnerables, como lo son las mujeres, niños y niñas, se caracteriza por los efectos adversos que se producen en su desarrollo cognitivo, físico y nutricional y la baja asistencia escolar. En los adultos se caracteriza por la reducción en la productividad laboral, en los ingresos familiares e individuales y crea un problema relacionado con el estigma social.
- Las intervenciones que tenemos para la eliminación y el control de estas enfermedades están fuertemente relacionadas con lo que llamamos los *Determinantes Sociales de la Salud*, entre los que se incluyen la falta de acceso al agua, educación, ingresos, transporte, vivienda segura y acceso a los servicios de salud.
- Combatir y controlar estas enfermedades a lo largo de nuestra región es un imperativo moral. Esta es una de las mejores inversiones que podemos hacer en educación, en especial para los niños en escuela primaria; para el desarrollo económico, en particular para las comunidades pobres y rurales; y por supuesto, una inversión en salud pública.
- La OMS ha establecido una serie de metas de control, eliminación o erradicación para 17 Enfermedades Infecciosas Desatendidas para el 2020. En nuestra Región, son 13 enfermedades en eliminación y solo una en control: la geohelmintiasis.
- Para ello, se tienen definidas seis líneas de acción, una de las cuales es la *quimioterapia preventiva*, que consiste en la distribución de medicamentos antihelmínticos para poblaciones completas que estén en riesgo y que sean elegibles. Las otras líneas son: el *Manejo innovador e intensificado de las enfermedades*; el *Control integral de vectorial*; comprobar la disposición de *Agua segura, saneamiento e higiene personal*; integrar los *Servicios de salud pública veterinaria para control de zoonosis*; y finalmente, fomentar y trabajar por el *Fortalecimiento de las capacidades de los países*.
- La OMS tiene dos publicaciones que son claves para guiar la Región: la Hoja de Ruta Regional y la Declaración de Londres sobre las Enfermedades Infecciosas Desatendidas. Además, se cuenta con poco más de 20 socios que apoyan a nivel global la ejecución de la hoja de ruta.
- En nuestra Región, contamos con un número importante de Resoluciones para estas Enfermedades Infecciosas Desatendidas. Estas resoluciones son: una para Oncocercosis (2008); 12 EID (2009); Sífilis Congénita (2010) y para la enfermedad de Chagas (2010). También se ha desarrollado un Plan Estratégico para priorizar la eliminación y el control de estas enfermedades en la Región. Se ha desarrollado una Guía para los países para que formulen los planes integrados de acción para la eliminación y el control de estas EID. El documento que trabajaremos en esta reunión, corresponde a las Pautas para la integración de la desparasitación contra geohelmintos con otros programas o plataformas en salud.
- Existe también una serie de documentos que corresponden a otras guías de la OMS y un banco de datos de la quimioterapia preventiva para el apoyo a cada uno de los países y para el seguimiento del progreso. Se cuenta también con la disponibilidad gratuita de las donaciones de albendazol y mebendazol, para todos los países que lo

⁶ Steven Ault: Asesor de Enfermedades Infecciosas Desatendidas de la Organización Panamericana de la Salud

requieran, con un formato conjunto de solicitud. Y se cuenta con un equipo técnico de apoyo, representado por el personal en la OPS y los puntos focales en las Representaciones de país.

Situación de las geohelmintiasis en América Latina y el Caribe

- Consideramos que en nuestra Región hay casi 50 millones de niños de 1 a 14 años de edad que se encuentran a riesgo de contraer infección por geohelminos. De ellos, casi 14 millones se encuentran en edad preescolar y poco más de 35 millones se encuentran en edad escolar. Las estimaciones se sustentan en el porcentaje de población sin acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento básico, diferenciado por área rural y urbana, así como en el algoritmo de la OMS publicado en 2011 en el Weekly Epidemiological Report, de junio de 2011.
- Para poder organizar y priorizar cuáles países pueden contribuir en mayor parte a reducir estas brechas, hemos identificado cuatro grupos de países, categorizados según la población a riesgo (Ver Cuadro 2).

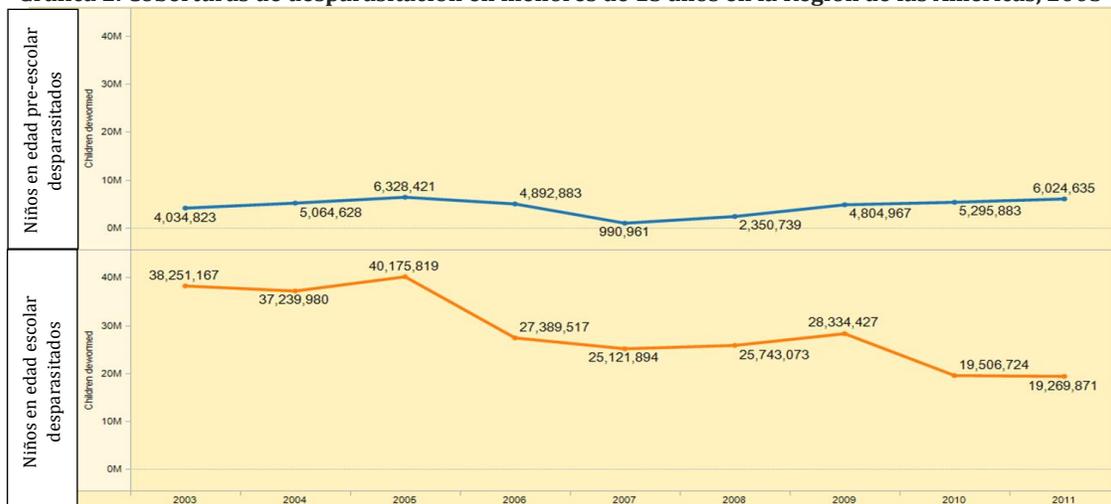
Cuadro 2. Países distribuidos por grupos en donde se concentra el mayor número de niños en riesgo de infección

Grupo	Población a riesgo	Países por grupo
1	71,9% de preescolares y 72,3% de escolares de toda la región, se concentran en este grupo de países	Bolivia, Brasil, Rep. Dominicana, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, México, Perú, Santa Lucía y Surinam
2	19,3% de preescolares y 18,5% de escolares de toda la región, se concentran en este grupo de países	Colombia, El Salvador, Honduras, Venezuela, Belice y Panamá
3	7,8% de preescolares y 7,5% de escolares se concentran en este grupo	Nicaragua, Argentina, Paraguay, Bolivia*: El Chaco.
4	0,97% de preescolares y 1,03% de los escolares a riesgo de la región	Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Granada, Jamaica, Trinidad y Tobago, Uruguay, Saint Kitts and Nevis y Saint Vincent y Grenadines.

Fuente: Ault Steven, OPS, 2013

- Si enfocamos nuestro esfuerzo en los grupos 1 y 2 de países, podríamos llegar al 90% de los niños a riesgo en nuestra Región.
- En los niños preescolares se ha mantenido estable la cobertura de desparasitación, mientras que en los niños en edad escolar, la tendencia ha descendido (ver Gráfica 2).

Gráfica 2. Coberturas de desparasitación en menores de 15 años en la Región de las Américas, 2003-2011



Fuente: Ault Steven, OPS, 2013

- La gráfica anterior tiene su sesgo por causa de la falta de notificación en un par de países; sin embargo, cabe destacar que en 2011 nueve países reportaron actividades de desparasitación: República Dominicana y Nicaragua reportaron cada uno más de 1 millón de niños desparasitados; Haití reportó más de 2 millones y México más de 5 millones.
- En el 2011 fueron desparasitados 25 millones de niños en 9 países: 6 millones de preescolares y 19,3 millones de escolares. Sin embargo, todavía hay mucho camino por recorrer, pues se estima en 49,3 millones el número de niños a riesgo, de los cuales el 89% se ubican en 9 países (BRA, COL, MEX, PER, HAI, BOL, GUA, HON, NIC), siendo Brasil, Colombia y México los que requieren mayor esfuerzo, pues en ellos se encuentra el 53% de los niños a riesgo.
- Existe un número importante de países que ya están actualizando los datos epidemiológicos de prevalencia e intensidad de la infección (COL, HON, ELS, GUY, ECU, PER, BRA, BOL y SUR)
- Varios de los países que desparasitan compran los medicamentos. Actualmente reciben donación de OMS/OPS cinco de 30 países (HAI, DOR, PAR, BRA, NIC).

Retos para el control de las geohelmintiasis

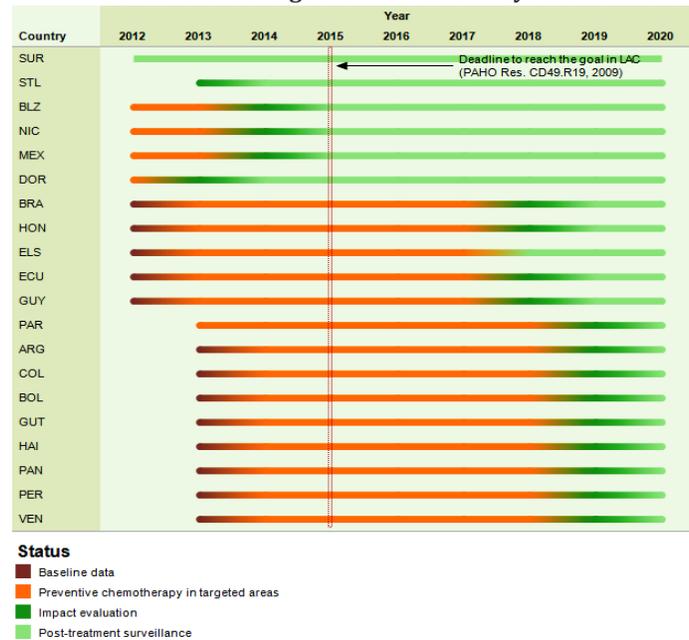
- Es importante tener líneas de base de la prevalencia e intensidad de infección: información para la toma de decisiones.
- Formular e implementar planes integrados de acción con un abordaje ecosistémico de los determinantes sociales de la salud.
- Incluir las acciones de control de las geohelmintiasis dentro de los planes de control y eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas, y los planes de reducción de la pobreza.
- Incluir en los planes el componente de desparasitación masiva en áreas y poblaciones a riesgo, e integradas a otras actividades en salud pública.
- Coordinar con los socios y aliados regionales las acciones de control de las geohelmintiasis, incluida la desparasitación: Ministerio de Educación y otros ministerios, ONGs, organismos nacionales e internacionales, entre otros.
- Implementar, mantener y reforzar el monitoreo y evaluación como componente estratégico para sustentar la toma de decisiones.

Oportunidades para lograr avanzar en el control

- La quimioterapia preventiva y la distribución de antiparasitarios es parte del panorama general, pero esto es muy importante integrarlo con otras acciones de salud pública, y es aquí donde vemos la importancia de trabajar en acciones integradas que afectan algunos determinantes sociales de la salud, como lo son: el mejoramiento del agua segura y el saneamiento, la vivienda básica, la educación en salud, la higiene, el lavado de manos y el uso de calzado. Estas acciones se deberán tomar con los aliados involucrados. Es la única forma en que podremos tener un impacto a mediano y a largo plazo, que pueda ser sostenido y mejorar la salud de la población.

- En la Gráfica 3 se muestra lo que se puede lograr en los 20 países priorizados en los grupos 1, 2 y 3, si se implementan de manera adecuada y oportuna las acciones de control de las geohelmintiasis. La codificación de colores nos indica los países que ya cuentan con la línea de base (en color marrón o café). Se identifican los países donde se está llevando a cabo la terapia preventiva en una o más regiones del país (en color naranja). Igualmente, identifica los países donde ya se ha realizado evaluación del impacto o que ya se planifican las acciones al respecto (en color verde oscuro). Y finalmente, al final del proceso, se identifica en color verde claro, lo que esperamos sea la vigilancia epidemiológica post-tratamiento, donde la población se encuentre bajo control, con una prevalencia menor al 20% y la sostenibilidad se encuentra presente.

Gráfica 3. Control de la geohelmintiasis. Proyección al 2020



Fuente: Ault Steven, OPS, 2013.

Se identifican entonces algunos de los países que pudieran alcanzar la meta de manera más rápida que otros, pero se espera que todos los países estén en verde claro y puedan mejorar la salud de nuestros niños.

LA EXPERIENCIA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE DESPARASITACIÓN

Caso México⁷

Antecedentes

- En 2007, las parasitosis se encontraban dentro de las primeras veinte causas de morbilidad, siendo los helmintos más frecuentes el *Trichuris trichiura* y el *Áscaris lumbricoides*; y entre los protozoarios, los más frecuentes eran la *Entamoeba histolytica* y la *Giardia Lamblia*.
- Para el 2011, que son las cifras más recientes reportadas, las helmintiasis se encuentran en el lugar N° 13 en las primeras 20 causas de morbilidad del país, pero en el grupo de 5 a 9 años de edad, ocupan el lugar N° 7 como causa de morbilidad (incidencia=586,92 por 100.000 – n=57.744 casos).
- México decidió implementar la desparasitación como una estrategia para mejorar las condiciones generales de salud al prevenir estados de comorbilidad que se presentan en los niños y niñas menores de 14 años con parasitosis, tales como desnutrición, anemia, falta de atención, mejorar el desarrollo motor, el crecimiento, el lenguaje, entre otras, y reducir el ausentismo escolar y limitar la transmisión.

⁷ Dra. Paulina Saldaña Hernández, Secretaría de Salud de México – Responsable del programa Vacunación Universal

Implementación

- La población meta para el 2012 fue de 18.403.339 niños entre los 2 y los 14 años de edad. En 1993 las acciones se enfocaban en los municipios de menor Índice de Desarrollo Humano, donde se tenían las mayores incidencias de enfermedades diarreicas. Actualmente estas acciones se llevan a cabo en todo el país durante la 2ª y 3ª Semana Nacional de la Salud, cuando se llevan a cabo las acciones de vacunación universal intensiva y la administración de Vitamina A.
- Este proceso lleva ya 20 años de ejecución, desde 1993, cuando iniciamos la integración con lo que, hasta ese momento, llamábamos las Semanas Nacionales de Vacunación. Desde entonces, hemos realizado acciones integradas con otros programas o plataformas.
- La cobertura en 2003 fue del 55,07%. Los siguientes 3 años se mantuvo cercana al 60%. De los años 2007 y 2008 no tenemos información, pero desde el 2009 la cobertura ha estado cercana al 100%. En 2011 fue del 98,2%.

Apoyo y financiamiento

- En estas actividades participan todos los actores del sector de la salud. Utilizamos Albendazol en suspensión de 400 mg y tabletas de 200 mg.
- Cada Estado o Entidad Federativa adquiere el medicamento a través de su Secretaría de Salud Estatal, con recursos propios. Desde el nivel central vigilamos que adquieran las cantidades apropiadas para el logro de la cobertura total.

Lecciones aprendidas

- La desparasitación masiva en México ha impactado favorablemente en la disminución de la morbilidad de las geohelmintiasis.
- Suministramos el albendazol en 2 dosis al año, con lo cual hemos visto que es efectivo y seguro.
- La inclusión de esta actividad en las Semanas Nacionales de Salud ha mostrado un mayor impacto que hacerla de manera aislada, al tener la posibilidad de convocar de manera masiva a la población, logrando una mayor cobertura de tratamientos. Dos semanas previas a las Semanas Nacionales de Salud, se brinda capacitación a los maestros para potenciar la entrega de información a las comunidades.

Desafíos

- Evaluar el impacto de la desparasitación incluida en las Semanas Nacionales de Salud, pues en 2007 teníamos identificada la comunidad a riesgo en cada uno de los helmintos. Actualmente, no los tenemos desglosados.
- Extender la cobertura regular con medicamentos a toda la población, pues solo estamos cubriendo al grupo de 2 a 14 años.
- Diseñar estrategias innovadoras que permitan incrementar la distribución y aceptación entre los usuarios, pues ha habido años en los cuales no hemos logrado la cobertura deseada.

Próximos pasos

- Esperamos que se implemente el monitoreo y la evaluación del impacto de la desparasitación en el país. De hecho, tenemos pendiente, con el apoyo de la OPS, adelantar la evaluación del impacto en la prevalencia e intensidad de infección por las geohelmintiasis.

Caso Nicaragua⁸

Antecedentes

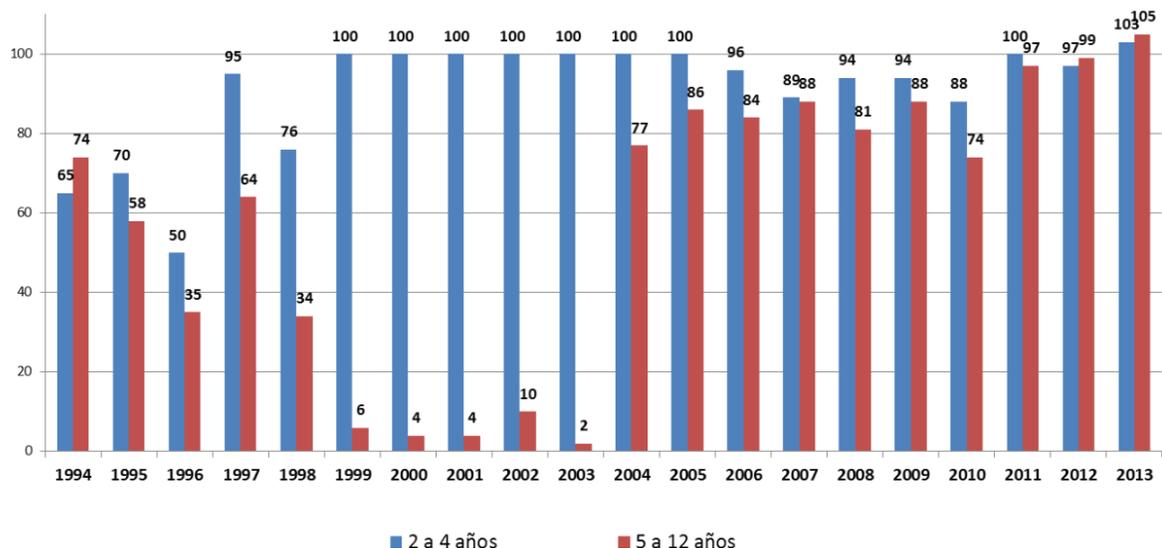
- Desde 1994, el Gobierno ha implementado las jornadas de desparasitación en todo el país. Se hace entrega de una dosis de antiparasitario durante las Jornadas Anuales de Vacunación como una actividad integral.
- La donación de los medicamentos se realiza gracias al apoyo de *Children Without Worms* y *Save the Children*, para su distribución en escuelas y en comunidades.
- Se desarrolla también el Proyecto de Escuelas Pilotos en los Silais de los departamentos de Chinandega y León, con un abordaje integral: Desparasitación, educación y mejoras en la infraestructura sanitaria de las escuelas (2 años, culminando en el año 2010 y en 3 escuelas).
- Se viene desarrollando el Proyecto de Escuelas Pilotos a nivel nacional, con el apoyo de fondos de la Fundación Izumi a través de *Children Without Worms* y la OPS: Desparasitación y Educación.
- Las helmintiasis más frecuentes son *Trichuris trichiura* y *Áscaris lumbricoides*. La prevalencia del *Áscaris* ha oscilado, según estudios referenciados desde 1996 al 2012, entre el 1,6% (Vanegas y Vallecillo, 2010, San Lucas) y el 44% (Martínez, 2008, escuelas de Bilwi). La prevalencia de la *Trichuris* se ha encontrado, en este mismo grupo de estudios, entre el 1,6% (Vanegas y Vallecillo, 2010, San Lucas) y el 74% (Martínez, 2008, escuelas de Bilwi). La región atlántica es la más pobre, con las mayores prevalencias.

Implementación

- La población meta para este año es de 1.484.723 escolares en todo el territorio nacional, en 18 Silais del país. Se decide la implementación para lograr: Reducir la carga parasitaria en niños de edad pre escolar (2 – 4 años) y escolar (5 – 12 y/o 14 años de edad) de todo el país.
- La desparasitación se da individualmente en las consultas diarias de morbilidad e integradas con las Jornadas Nacionales Populares de Vacunación y con la estrategia de Escuelas Saludables.
- Las Jornadas Populares de Desparasitación se iniciaron en 1994, con 3 jornadas durante el período. De 1995 al 2001 se realizaron dos jornadas anuales; y desde el 2002 hasta el presente año, se han realizado solo una jornada anual.
- En la Gráfica 4 se puede apreciar el comportamiento de las coberturas de la distribución de los antiparasitarios durante las jornadas referenciadas.

⁸ Dr. Octavio Lenin Pérez Delgadillo, Coordinador del componente de Enfermedades Infecciosas Desatendidas, Ministerio de Salud de Nicaragua

Gráfica 4. Cobertura de la distribución de antiparasitarios en niños menores de 12 años en las Jornadas Nacionales de Desparasitación, Nicaragua, 1994 a 2013



Fuente: Ministerio de Salud, Nicaragua

Apoyo y financiamiento

- Como una estrategia de Gobierno, participan actores claves que son un factor clave de éxito: además del Ministerio de Salud, participa el Ministerio de Educación, la Comunidad Escolar, la Comunidad Organizada y Organismos Donantes (Mainel con Fondos de España, Children Without Worms, OPS, IZUMI y Save the Children).
- Participan 22.413 personas del sector de la salud, 36.552 miembros de la comunidad organizada, y 63.969 miembros de Instituciones y Organismos, tanto estatales como locales.
- Se utilizan Albendazol o Mebendazol, cuyas cifras distribuidas en el presente año, para niños de 2 a 12 años (hasta 14 años), ha estado en 1.554.801 dosis administradas. Esta cifra se ha venido incrementando desde 2007, cuando se distribuyeron 1.263.595 dosis.
- El país adquiere el medicamento por donación y realiza compras con recursos del presupuesto del Ministerio de Salud.
- Las actividades de desparasitación en jornadas de vacunación se realizan con el presupuesto del Ministerio de Salud y en escuelas, con apoyo de recursos locales.
- Los donantes apoyan en la elaboración de materiales y mejoras de la infraestructura.

Lecciones aprendidas

- Las fechas de preliminares se deben definir valorando todos los aspectos de necesidad de información en los diferentes niveles y respetarse durante la ejecución de la Jornada, para no afectar a los equipos locales en su operatividad.
- El desarrollo de estrategias locales de promoción e información fue clave para el desarrollo y éxito de la jornada en los Silais.

- La coordinación con el Centro de Insumos para la Salud es fundamental para agilizar los procesos de abastecimiento oportuno de los insumos de apoyo a la Jornada
- El trabajo en equipo de las diferentes Direcciones y Programas es clave para el cumplimiento de metas de esta Jornada Nacional de Carácter Integral en los diferentes niveles.

Desafíos

- Reducir la Carga Parasitaria de los grupos priorizados.
- Mejorar el estado nutricional de los niños de 2 a 12 años en todo el país incidiendo en las infecciones por Geohelmintiasis.
- Proveer conocimientos a la comunidad sobre las medidas higiénico-sanitarias para la prevención de las Geohelmintiasis.
- Proyectos de Escuelas Pilotos a nivel nacional, con un abordaje integral: Desparasitación, educación y mejoras en la infraestructura sanitaria.
- Lograr medir el impacto de las acciones desarrolladas.

Próximos pasos

- Iniciar estudio de prevalencia en 33 escuelas de todo el país, con el apoyo de la OPS.
- Lograr la gestión del financiamiento para el desarrollo integral y sostenible de esta estrategia.

Caso República Dominicana⁹

Antecedentes

- Las enfermedades parasitarias se encuentran entre las primeras 15 causas de morbilidad, sobre todo en niños. Según publicación de la OPS, en 2009 (Epidemiological profiles of NTD in LAC), la prevalencia en la República Dominicana se encuentra en 55,3%.
- En revisión bibliográfica de estudios realizados entre 2004 y 2009, los resultados fueron:
- Alrededor del 31% de los niños entre 1-14 años sufre de anemia.
- El 50-60% de nuestros niños están parasitados por al menos un tipo de parásito.
- Más de la mitad de los niños parasitados es una infección mixta por más de un tipo de parásito.
- El parasitismo intestinal es más frecuente entre los niños de 6-10 años.
- Los niños mayormente parasitados son los del 2do. grado

⁹ Dra. Lourdes McDougall Alarcón, Jefe del Programa de Parasitosis Intestinales del Ministerio de Salud Pública

Implementación

- La Desparasitación de escolares se lleva a cabo en todo el territorio nacional. En los archivos del programa existen datos de Desparasitación de Escolares desde el 2005, aunque en conversación con autoridades refieren que años atrás (Trujillo – obligatorio el uso del calzado) como institución, se administraba antiparasitarios a los escolares.
- Está integrada al programa de salud escolar y nutrición de salud pública. Este año iniciamos con el Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI.
- La población meta es establecida por las cifras de la Oficina Nacional de Estadística, ONE. Son 2.076.257 niños de 5 a 14 años y 633.859 niños de 2 a 4 años. Según las estadísticas del Ministerio de Educación, el 92% de los niños están matriculados en el nivel básico (1.910.156); el 75% están en escuelas públicas (1.432.617); el 25% se encuentran en colegios privados y semi-oficiales (477.539); y el 40% se encuentran en un nivel inicial de escolaridad (253.544). La escuela es el mejor escenario para llegar a estos grupos etáreos.
- En la Tabla 2 se pueden apreciar las cifras de la cantidad de albendazol distribuido y las coberturas alcanzadas, desde el 2005 al 2012.

Tabla 2. Distribución y cobertura de Albendazol, República Dominicana, 2005 al 2012

Año	Albendazol 400 mg	Cobertura
2005	2.183.624	108%
2006	2.034.027	100,6%
2007	579.895	28,6%
2008	1.612.665	79,3%
2009	1.441.414	70,1%
2010	1.536.770	70,9%
2011 (ronda 1)	1.526.500	74,3%
2011 (ronda 2)	1.472.400	71,7%
2012	1.477.274	71,5%

Fuente: CENCET/Programa Nacional de Parasitología

Apoyo y financiamiento

- El Ministerio de Educación, a través del Instituto de Bienestar Estudiantil, son un apoyo fundamental. El Programa mundial de alimentación (PMA) también ha apoyado a través de donación de antiparasitario.
 - El Departamento de Nutrición del Ministerio de Educación también han apoyado, en particular a través de donación de Food for the Hungry – RD (FHRD).
 - A través del Departamento de Salud Escolar, los médicos realizan la vigilancia de los efectos adversos.
 - Otras, como ONG., Sociedad Civil Organizada, Club de Leones, Industrias, entre otras.
 - El medicamento se adquiere por compra directa o mediante licitación, tanto a través del Ministerio de Educación como del Ministerio de Salud, con fondos propios, y en algunas ocasiones a través de donaciones.
 - Se utiliza Albendazol, 400 mg. dosis única, preferiblemente masticable para los niños.

Lecciones aprendidas

- La Coordinación Interinstitucional. Salud/Educación
- Coordinación con otros programas de Salud Pública: Salud Escolar/Nutrición/PAI
- La Adherencia al Tratamiento, pues los niños aceptan el medicamento y son las mismas madres quienes desean que sus niños sean desparasitados.

Principales desafíos

- No se identifica como un problema de salud pública (acción de impacto social), por lo que otros programas, como el Programa Ampliado de Inmunizaciones, llevan mayor ventaja e impactos.
- La Integración Interinstitucional. Hay resistencia de algunos médicos en aceptar que el medicamento sea suministrado por el maestro, y en especial en la vigilancia de los efectos adversos.
- La adquisición del medicamento, pues existe un importante déficit financiero.
- La baja integración de los planteles privados de educación básica.
- Alcanzar cobertura de niños en edad escolar que no están matriculados o que son inasistentes a las escuelas.
- El escalamiento de la desparasitación a los Preescolares.
- Impulsar efectivamente acciones medio-ambientales, de suministro de agua potable y de promoción y prevención, que amplifiquen el impacto de las medicaciones antiparasitarias.

Próximos pasos

- Implementar el monitoreo y evaluación del impacto de la desparasitación en el país (encuesta de prevalencia e intensidad)
- Integración de los planteles privados de educación básica.
- Integrar niños en edad escolar no enrolados o inasistentes a las escuelas (8%)
- Escalamiento de la desparasitación a los Preescolares
- Regularizar la implementación de jornadas bianuales.
- Extender las Jornadas a algún otro grupo poblacional considerado de interés, tales como las mujeres en embarazo o los adultos trabajadores de sectores agrícolas.
- Integrar la desparasitación a otras intervenciones contra las enfermedades desatendidas y no desatendidas, con las que pueda hacer sinergia.
- Impulsar efectivamente acciones medio-ambientales, de suministro de agua potable y de promoción y prevención, que amplifiquen el impacto de las medicaciones antiparasitarias.

Caso Belice¹⁰

Antecedentes

- En 1968 se realizó la encuesta de parasitosis intestinal en dos comunidades de Belice. Los resultados obtenidos por Petana demostraron las siguientes prevalencias: *Áscaris lumbricoides*: 43%; *T. trichiura*: 40%; *E. histolytica*: 9%; *Anquilostomas*: 7%; *Hymenolepis nana*: 6%; *G. lamblia*: 6%; *S. stercoralis*: 2%; y *Enterobius vermicularis*: > 1%.

¹⁰ Dr. Francis Morey, Coordinador Nacional del Programa de Tuberculosis, Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud

- En 1998 se realizó encuesta sobre parasitosis intestinal en Belice, por parte de la Universidad de Ciencias de la Salud. La prevalencia de parásitos intestinales hallada en este estudio fue del 76%, similar a la prevalencia (74%), determinada 30 años atrás en el centro-oeste de Belice por Petana, en 1968. La tasa de prevalencia más alta fue la de la Uncinariasis: 55%.
- En 2005 se realizó el estudio parasitológico para la determinación de la Línea de base, elaborado por los investigadores R. Kaminisky, J. Marengo, y P. Castillo. La prevalencia fue del 60,2%. La tasa de prevalencia más alta fue la de la *T. trichiura*: 40,2%. En este último estudio se encontró una importante relación entre la intensidad de las infecciones y el grado de malnutrición.

Implementación

- La desparasitación se realiza de manera rutinaria desde el 2007, cada 6 meses en niños de 1 a 4 años, logrando una cobertura del 80% en menos de 2 años de trabajo integrado con el programa de inmunizaciones.
- En niños de 5 a 14 años, se realiza en las escuelas, en los meses de mayo y noviembre, con una cobertura del 98%.
- Para los niños desescolarizados, la desparasitación se realiza en los programas de clínicas móviles, con una cobertura del 30%.
- Todos los distritos están proporcionando anti-helmínticos integrados en el paquete de servicios de salud materna e infantil y en los programas de salud escolar
- El servicio comenzó en el 2007 en los distritos de Toledo y de Stann Creek y luego se expandió a otros distritos.

Apoyo y financiamiento

- Se utiliza Albendazol, 400 mg., en comprimidos masticables y suspensión, con muy buena aceptación por parte de la población infantil.
- A los niños menores de cinco años de edad se les da, adicionalmente, vitaminas. Desde 2007 hasta la fecha, las tabletas contra los parásitos se adiciona vitamina A.
- El gobierno de Belice procura para los niños de 5 a 14 años la adición de vitamina A.
- Los Principales socios son: el Ministerio de salud y el Ministerio de educación, el sector privado y ONGs.
- Como bien público, el programa es ofrecido al sector privado y a las ONG de prestación de servicios, y se encuentra incluido en el paquete de servicios del seguro nacional de salud.

Lecciones aprendidas

- En principio, el costo por año por niño tiene un bajo costo, estimado en 0,07 dólares de Belice.
- El financiamiento está dado por el Estado, como parte del programa de Bien Público.
- Se integra fácilmente con otros servicios existentes, particularmente con programas del sector privado, instituciones públicas, ONG y clínicas móviles que se implementan en estas áreas de manera mensual y semanal.
- Se han demostrado altas coberturas cuando se integra con el programa de vacunación.

- Las tabletas masticables son muy bien aceptadas por los niños

Principales desafíos

- Más del 14% de la población vive en pobreza en Belice, lo cual demuestra que en los últimos años la pobreza se ha incrementado.
- Las clínicas móviles rutinarias llegan hasta áreas de difícil acceso en el país; la dificultad principal está representada por las vías de acceso, el clima y las largas travesías para llegar a esas zonas.

Próximos Pasos

- La encuesta parasitológica que se ha de realizar en Toledo en 2013 con fondos del Proyecto Socioeconómico del Japón (JSDF) – previniendo la desnutrición en niños menores de 5 años de edad.
- La encuesta nacional que se debe realizar en 2014, excluyendo el Distrito de Toledo.
- Continuar la integración de la distribución del medicamento a otras poblaciones, como los de las mujeres en embarazo (IMCI Neonatal) vía donación del Estado y fondos de otros aliados.
- Continuar la gestión como bien público mediante las adquisiciones gubernamentales de la Fundación IDA que son asequibles en su costo.
- Mejorar la recolección de datos, cuyo sistema viene siendo mejorado desde hace 8 años.
- Finalizar el informe del estudio de nutrición del 2011 (biomarcadores).

Preguntas y comentarios de los participantes

P/ ¿Cómo podemos acceder a donaciones para los preescolares y cómo poder tener acceso a presentaciones adecuadas para estos niños en edad preescolar, tales como tabletas masticables o presentaciones en suspensión?

R/ (A. Montresor) Por el momento las donaciones van dirigidas a niños en edad escolar; sin embargo, esperamos poder cubrir a los niños menores de 5 años. Se ha estado dialogando con las compañías acerca de considerar el gran número de niños preescolares que en algunos países requieren también de intervenciones en desparasitación, a fin de que se extiendan las donaciones también para niños preescolares. Quizá en un par de años podamos hacerlo. En relación con la presentación, en nuestra experiencia la fórmula líquida es de difícil conservación. Quizá hallemos la presentación apropiada para los niños preescolares, ya en tabletas masticables o que se puedan triturar las tabletas actuales, en la dosis apropiada.

R/ (D. Addiss) La donación inicial ha sido dirigida a los niños en edad escolar debido a la alta carga de enfermedad en este grupo etéreo, y por otras razones epidemiológicas. Las coberturas han sido más altas en el grupo de preescolares que en los escolares, debido a integración de los programas de vitaminización en los programas de inmunización. Si sienten la necesidad de extender la donación a otros grupos, esto no va a pasar, a menos que se solicite y se sustente. Por otra parte, el Albendazol ya se está suministrando a preescolares y a mujeres en gestación, por lo que Glaxo-Smith-Kline tiene mucha experiencia en la donación a todos los grupos etéreos. Johnson & Johnson tiene menos experiencia, pero se está trabajando en una fórmula masticable del medicamento para el futuro próximo.

P/ ¿Cómo asegurar la sostenibilidad de las acciones? Basarse mucho en donaciones sería un riesgo para la sostenibilidad de los programas. Habría que tomar ejemplos como el del Programa Ampliado de Inmunizaciones, que logró desde años atrás que los países incorporaran en sus presupuestos la adquisición de vacunas. Por otra parte, ¿cómo operar la intersectorialidad? ¿Cómo pasar de esfuerzos de personas a institucionalizar los esfuerzos intersectoriales? Finalmente, expresar la preocupación por la variabilidad de los datos de prevalencia. ¿La metodología para la medición de prevalencia está estandarizada?

R/ Se espera que el dinero de los países no se use exclusivamente para la adquisición de los medicamentos, pues el control de las geohelmintiasis no depende exclusivamente de los medicamentos. Diferente sucede con el PAI, donde se espera que los países adquieran con sus recursos las vacunas, para garantizar el empoderamiento y la sostenibilidad de esta medida de prevención. En general, el medicamento está disponible por donación pero el grueso de la respuesta debe ir orientada a los determinantes de la salud.

Frente a la pregunta sobre la intersectorialidad, muchos países han manifestado ya sus experiencias con el sector de la educación, de vivienda o de trabajo, de obras públicas y otros socios. Muchas veces la manera de entrar con estos ministerios es a través de una simple invitación de convocatoria directa y a socios claves que se sepa que trabajan con ellos, tales como ONG u otros organismos. Adicionalmente, tenemos un número de países que están desarrollando sus planes integrales de acción para Enfermedades Infecciosas Desatendidas y el proceso de diálogo con interesados potenciales y con interesados actuales, es muy importante para el desarrollo del plan de acción nacional. Se puede hacer reunión con un grupo pequeño de interesados, de quienes se pueden obtener grandes apoyos.

La experiencia en el sector de WASH y desparasitación, muchos de los acuerdos se han obtenido a través de ONG que trabajan directamente con Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, entre otros. Las personas que trabajan en WASH se enfocan en enfermedades diarreicas y nos corresponde en salud darles a conocer el impacto del sector sobre las enfermedades desatendidas.

Frente a los datos, se tiene incertidumbre, pues no todos los países usan la misma técnica de laboratorio, el mismo tipo de muestreo, etc. Las cifras presentadas corresponden a los mejores datos, pero se concluye que existen brechas en la información en línea de base; no todo los países tienen línea de base y algunos no se interesan en hacerlo. Se requiere definir si se focaliza la desparasitación y se empieza a trabajar en agua y saneamiento.

Si queremos medir impacto en el control de geohelminos, la tableta baja la intensidad e infección, pero el impacto poblacional se logra con la mejora en el saneamiento básico y otras acciones concurrentes para el control; y para ello no basta solo con la tableta.

C/ En Guatemala se está usando una tableta para el suministro de sulfato de zinc como coadyuvante en casos de diarrea y neumonía. Además de tener un sabor agradable, permite también medir la calidad del producto. Sería útil pensar en esta forma de presentación para el medicamento para el programa de control de los geohelminos en preescolares. El costo es menor que la presentación líquida y su bodegaje y transporte es mucho más ventajoso.

C/ En Brasil trabajamos con preescolares y tuvimos dificultad con la presentación del medicamento para los menores de 4 años. Afortunadamente nos apoyamos en el programa de la Pastoral del Niño, quienes realizan evaluación del peso de los niños y determinación de casos de desnutrición. En Brasil no es factible asociarnos con el Programa de Inmunizaciones, por lo que nuestros mejores socios son estos otros programas, como el de nutrición. Las tabletas masticables donadas han dado muy buenos resultados, con buena aceptación tanto por los niños como por los profesores y los agentes comunitarios quienes apoyan las acciones.

P/ ¿Estamos preparados para la medición de prevalencia e intensidad de la infección en la Región? ¿Estamos estandarizados?

R/ La sola administración del antiparasitario nos ayuda con la reducción de la prevalencia. Si a esto le agregamos las acciones en saneamiento, agua potable y educación en higiene, esta reducción se potencializa. La OMS recomienda que, para tener una idea de la prevalencia e intensidad de la infección en un país, se deben determinar cuáles son las zonas ecológicas y, en cada una de ellas, hacer muestreo entre 250 y 500 niños, tomados aleatoriamente, (50 niños por escuela en 5 a 10 escuelas), que sean del último año de educación básica primaria, lo cual da una idea de la prevalencia en la población general. También recomienda la OMS el método de diagnóstico de Kato-Katz, que permite leer las láminas en campo, lo cual requiere una estandarización de los métodos de diagnóstico.

En relación con el método Kato-Katz, nos permite cuantificar el número de huevos por gramo de materia fecal. Este método por lo tanto permite determinar las intensidades de infección alta, moderada y baja.

C/ La intersectorialidad es un desafío para todos. Para ello, además del mapeo de los actores y sus roles, se requiere también aprovechar los escenarios o espacios que haya en los países, tales como mesas de agua y saneamiento,

mesas intersectoriales, entre otros. La abogacía también es fundamental para la intersectorialidad. Las acciones operativas requieren de mucha abogacía en los diferentes sectores. También hay que incidir en la sistematización de las buenas prácticas y lecciones aprendidas. Esto apoyaría las necesidades de los diferentes países en torno al tema. También se requiere vincular la vigilancia epidemiológica con las acciones de otros sectores, en especial en agua y saneamiento.

P/ En Bolivia se trabaja con Mebendazol y deseamos conocer experiencias frente a el uso de este medicamento.

R/ El Mebendazol y el Albendazol son productos similares y el interés en uno u otro producto es más decisión de cada país. En América Latina muchos de los países usan Albendazol. En Asia se usa más el Mebendazol. El Albendazol es más activo contra las Uncinarias; el Mebendazol es más activo contra el Trichuris trichiura. Pero ambos medicamentos son útiles y no hay mayor diferencia en ellos.

En Honduras se usa Mebendazol de 500 mg y no se ha tenido ningún tipo de reacción adversa. En 2011 se concluyó que no tenía sabor. Recientemente se usa un Mebendazol con sabor a menta; no obstante, tiene un sabor amargo al final, en especial cuando se tritura la tableta para los más pequeños.

C/ Para la intersectorialidad se requiere de políticas fuertes alrededor de ello. Frente a la estandarización, la experiencia de Colombia ha logrado una buena estandarización entre el laboratorio nacional de referencia de salud pública con los laboratorios departamentales, así como un control de calidad externo. Colombia decidió ir más allá de las geohelmintiasis y está trabajando en parasitosis en general.

C/ En Paraguay se firmó un acuerdo entre los ministerios de salud y educación para la campaña de desparasitación. Nos hallamos en la etapa inicial. Adicionalmente, ya se hizo una investigación sobre WASH y parasitosis, cuyos resultados tendremos en un par de meses. Se llevó a cabo en 304 escuelas públicas del 1º, 2º y 3er ciclo, para obtener información de la disponibilidad y condiciones de acceso al agua, saneamiento e higiene en las escuelas.

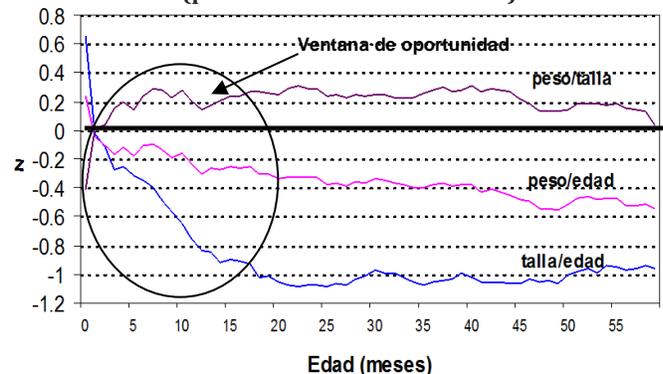
NUTRICIÓN Y DESPARASITACIÓN: LA EXPERIENCIA DE INTEGRACIÓN¹¹

Se tiene una ventana de oportunidad durante los primeros dos años de vida para evitar un crecimiento lineal no adecuado en los niños pequeños. Se puede notar que una población que esté creciendo en forma normal, debe tener una mediana en la línea cero, la cual se aprecia en la Gráfica 5.

Todos los países tienen más o menos el mismo patrón de comportamiento, pero es en los primeros dos años en donde se pierde la talla y el peso para la edad, y en los primeros 24 meses siguen creciendo como cualquier niño en el mundo, pero ya traen un déficit de los 2 primeros años más los 9 meses de crecimiento intrauterino prenatal, que también tiene mucho que ver con la nutrición del niño pequeño.

En la Región también se aprecia el problema de la desnutrición crónica, de baja talla para la edad, que es un problema mucho más grande que el bajo peso para la edad. Lo que se quiere en nutrición es mejorar el crecimiento lineal de los niños. En todos los países se aprecia que hay un gran problema de desnutrición crónica sobre la baja talla para la edad, con excepción de Haití (Gráfica 6).

Gráfica 5. Peso/Talla, Peso/Edad, y Talla/Edad, Colombia. 2005 (promedios de 5 meses - OMS)



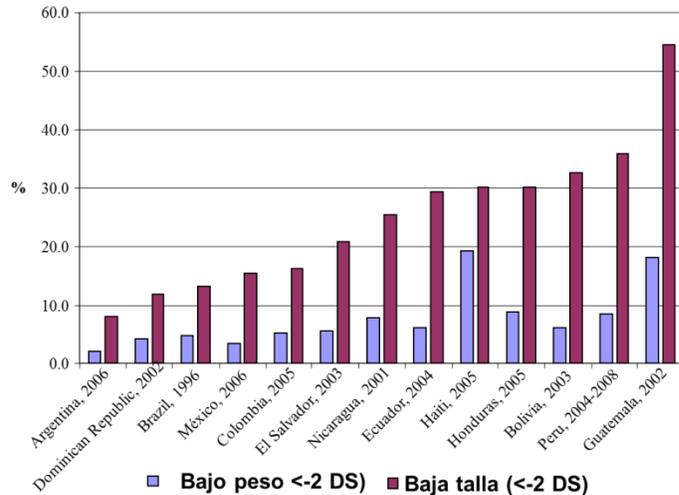
Fuente: OPS/OMS

¹¹ Chessa Lutter, Asesora Principal, Alimentación y Nutrición. OMS

En general, la Región está mejorando en casi todos los países, disminuyendo el problema de la baja talla, pero la malnutrición sigue siendo un problema importante

En Perú existen departamentos con prevalencia de baja talla del 8%, mientras que en el altiplano, la prevalencia de baja talla puede llegar al 50%.

Gráfica 6. Prevalencia de desnutrición crónica y bajo peso para la edad, Américas (varios períodos)



Fuente: Lutter y Chaparro. Desnutrición en América Latina y el Caribe: Alcanzando los ODM. OPS, 2008.

En un estudio en Guatemala se pudo graficar la curva de crecimiento de un niño indígena de ese país. En ella, se pudo apreciar que en los primeros 6 meses ganó peso, pero con el destete inició procesos de enfermedades y el inicio del gateo, lo cual lo coloca frente a riesgos de afectación parasitaria, lo cual fue documentado hasta su fallecimiento a los 3 años de edad.

En un estudio longitudinal realizado hace 25-30 años en el sur de Bogotá, Colombia, en niños pobres, se estudiaron 4 grupos. Un grupo recibió suplementos nutricionales; un 2º grupo recibió estimulación temprana; un 3er grupo recibió las dos intervenciones y un 4º grupo fue control. Se midió tanto el crecimiento como el desarrollo social. El estudio, que duró 5 años, fue realizado por la Universidad de Harvard, en colaboración con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF.

La diarrea no solo fue un marcador de problemas ambientales. También implica que hay otros problemas de infección. Se suma la pobreza, la dieta deficiente en cantidad y calidad; anorexia por falta de micronutrientes; infecciones que contribuyen a la anorexia y a la mala digestión y absorción de nutrientes, lo que lleva a desnutrición proteico-calórica. Adicionalmente, las infecciones aumentan el requerimiento de nutrientes, sumado a la disminución de la inmunocompetencia.

Las conclusiones de este estudio es que, la dieta de los niños menores de 36 meses aumentó en 200 calorías y 22 gramos de proteína. La talla de los niños suplementados aumentó 2,2 cm. Los suplementos nutricionales tuvieron un efecto limitado. Hubo cambios significativos pero no lo adecuado.

La tasa de crecimiento poblacional de niños de diferentes países, en un estudio multicéntrico de la OMS, comprobó que el crecimiento es igual en cualquiera de los contextos, en cinco años. La tasa de crecimiento es la misma.

Otra de las conclusiones es que el suplemento contribuyó con un efecto sinérgico en la nutrición, frente a la infección por diarrea. Los niños que no recibieron suplemento y tuvieron diarrea infecciosa, perdieron cinco centímetros, frente a aquellos que tuvieron diarrea pero recibieron suplementación. Adicionalmente, el número de días de diarrea fue menor en los niños suplementados.

Por otra parte, la lactancia materna tiene un efecto directo sobre la calidad nutricional y la protección inmunológica que la leche materna le aporta a los niños. La lactancia materna exclusiva es la que más protege al niño. Este no consume líquidos diferentes a la leche materna, reduciendo el riesgo de infectarse. En relación con la alimentación complementaria, los niños no están recibiendo la calidad ni la cantidad de la lactancia materna a necesidad.

Otro problema es el de la anemia que se encuentra en niños entre los 6 a 24 meses de edad. Existen consecuencias de esta situación sobre el desarrollo cognitivo en los niños. La prevalencia de anemia en los niños entre los 6 y los 11 meses de edad en la Región es del 65% (PAHO, 2011).

Recientemente se ha publicado un estudio sobre diarrea e infecciones subclínicas y la carga de problemas nutricionales que trae las infecciones subclínicas. Lo que pasa con una infección por diarrea o infección subclínica es que se afectan los ribetes de absorción del tejido intestinal, lo que lleva a malnutrición.

En conclusión:

- Las infecciones son muy comunes durante los primeros 2 años de vida (aún sin síntomas). Se pueden acompañar de supresión del apetito, reducción en absorción de nutrientes y pérdidas de nutrientes; y diversión de nutrientes.
- Las intervenciones que combinen la prevención y control de infecciones y la promoción de una mejor dieta serían más efectivas en mejorar el crecimiento y desarrollo.

Países como El Salvador tienen un buen programa implementado de suplementación nutricional con vitamina A dos veces al año y desparasitación. El tema de seguir con este modelo es a través de la prevalencia de la deficiencia de vitamina A es trabajando mucho en la región, incluyendo El Salvador. Se requiere mantener el enfoque en las poblaciones más pobres y hacerles llegar un modelo más integral para poder mantener la desparasitación. La conclusión es que hay que mejorar la nutrición y complementarla con la desparasitación, en cada encuentro con el niño.

CONOCIENDO LAS PAUTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES INTEGRADAS DE DESPARASITACIÓN

PAUTAS OPERATIVAS PARA LA PUESTA EN MARCHA DE ACTIVIDADES INTEGRADAS DE DESPARASITACIÓN¹²

Objetivos de las pautas:

- Contribuir a reducir la prevalencia e intensidad de las HTS y por tanto sus secuelas
- Facilitar elementos para incrementar y optimizar actividades de desparasitación, y promover la integración de esta actividad en las plataformas de salud existentes
- Promover el control de las STH con medidas concomitantes de saneamiento y educación
- No se trata de crear otro programa
- Estrategia: Lograr una cobertura de desparasitación de la población en riesgo de al menos el 75% durante un período de 5 a 6 años

Las pautas va dirigidas, por una parte, a las autoridades nacionales de salud, educación, vivienda, medio ambiente, para que sea una política de Estado y no del Gobierno de turno, a fin de lograr mayor eficiencia y eficacia. El gran desafío está en la intersectorialidad. Pero los problemas de salud no son exclusivos del sector de la salud.

En el nivel subnacional o local, tener en cuenta que la aplicación del programa se hace es en estos niveles, en los programas relacionados con la atención a la población infantil: PAI, AIEPI, Control de Crecimiento y Desarrollo, Suplementación Alimentaria, Escuelas Saludables, Hogares Comunitarios, Comedores Escolares, Alimentación Escolar, entre otros.

Tomando como marco de referencia a las Enfermedades Infecciosas Desatendidas, el problema corresponde a la llamada agenda inconclusa en salud, la carga de la enfermedad, la pérdida de productividad, la afectación mayor en la población pobre y los altos costos de atención. Para abordar esta problemática, se toma en cuenta que el control y la potencial eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas es viable.

Centrándonos en el marco de referencia de las Geohelmintiasis (HTS), hay que precisar que de las EID, las HTS son las únicas que están en toda América Latina y el Caribe. Existen más de 49 millones de menores de 15 años con riesgo de contraerlas en 30 países de ALC. La población en riesgo de HTS vive en las peores condiciones socioeconómicas de pobreza y en zonas con condiciones ecológicas determinadas. Y considerar que las HTS contribuyen a exacerbar la transmisión y gravedad de paludismo, tuberculosis, SIDA

Tener en cuenta, como característica importante para entender lo de la integralidad, que la infección solo es posible por contacto con el ambiente contaminado; es decir, que no se multiplican en el cuerpo humano. Uno solo de estos parásitos puede durar en el organismo humano entre 1 y 5 años y a más parásitos, mayor gravedad y más infecto-contagioso es el portador. La mayor carga de HTS está en escolares y esta es representativa de la comunidad. Cuando se habla de puntos centinela en las pautas, se resalta la importancia de este hecho. Con la desparasitación disminuye la propagación y se reduce la prevalencia y especialmente la intensidad de infección.

Dentro de las consecuencias es importante resaltar el problema de la anemia, deficiencia de micronutrientes, desnutrición; la obstrucción intestinal, invaginación, prolapso rectal; el retraso en el desarrollo físico y cognitivo; el

¹² Luis Carlos Ochoa, Md Pediatra, Docente de la Universidad Pontificia Bolivariana, sede de Medellín.

ausentismo y deserción escolar, la fatiga crónica, el dolor abdominal intermitente; la baja autoestima, la exclusión social, entre otras. En las gestantes se presenta anemia y el riesgo de tener hijos con bajo peso al nacer.

Se calcula que entre 4,7 y 39 millones de años de vida saludables se pierden a causa de las HTS. Existe una relación directa entre el número de parásitos y la pérdida de cociente intelectual: Por cada infección por parásitos intestinales los niños pierden en promedio 3,75 puntos de su cociente intelectual. Las geohelminCIAS tienen un impacto significativo en la economía de un país. Por las secuelas que se generan en la niñez, estos parásitos repercuten en el rendimiento laboral, y pueden ocasionar pérdida de la capacidad productiva de hasta el 40%.

Es importante que el abordaje de las geohelminCIAS se haga desde las diferentes variables que se constituyen en un círculo vicioso, lo cual implica un trabajo multidisciplinario e intersectorial. La solución no está solo en desparasitar (Gráfica 7).

Existen muchas maneras de lograr una buena integración en el abordaje y se puede lograr, tanto de manera individual como masiva, ya en la consulta por APS, en los programas de Crecimiento y Desarrollo o en las consultas nutricionales; y a nivel masivo, en la administración masiva de medicamentos, la quimioterapia preventiva focalizada a un grupo determinado, y la quimioterapia preventiva selectiva en un área geográfica seleccionada según la prevalencia. Si la prevalencia es mayor del 20%, se debe priorizar esa comunidad.

La población objeto de la desparasitación son los niños en edad preescolar (1 a 4 años) y escolar (5 a 15 años), y los adultos en riesgo (Mujeres en edad fértil, gestantes a partir del 2° trimestre, trabajadores agrícolas, mineros, entre otros). Los preescolares son objetivo debido a que ellos tienen mayor riesgo de adquirir HTS (destete, gateo, etapa oral); fuera de eso, son más susceptibles a desnutrición y anemia; hasta el 20% de los habitantes de zonas endémicas son preescolares. La infección en edad temprana produce secuelas irreversibles en el desarrollo físico y cognitivo en los menores de 2 años. En la serie sobre malnutrición materna e infantil de la revista The Lancet, llaman la atención acerca de la necesidad de que los esfuerzos sobre los problemas nutricionales se deben hacer sobre los dos primeros años de vida. Después de los 2 años el daño sobre la inteligencia cognitiva es irreparable.

Existen dos categorías de beneficios de la desparasitación en preescolares y escolares. Los primeros, corresponden a los beneficios nutricionales y en relación con el crecimiento y otras enfermedades; y los segundos, circunscritos al desempeño cognitivo y al impacto social y económico. Entre los primeros tenemos: previene y reduce la anemia y el déficit de otros micronutrientes, mejora el apetito (48%) y previene el retraso del crecimiento de los niños (82%) aumentando el peso entre los prescolares (35%); y contribuye al control y retrasa la evolución de otras enfermedades (oxiuros, VIH/SIDA, TB, Cólera). En la categoría de beneficios relacionados con el desempeño cognitivo y el impacto social y económico, tenemos que la desparasitación disminuye el ausentismo escolar (25%) y mejora el desarrollo motor y del lenguaje; contribuye a la reducción de la contaminación del suelo por HTS; y contribuye a aumentar los ingresos de los adultos (40%).

De la integración de la desparasitación con otras plataformas de salud pública.

Existen programas con recursos económicos, infraestructura, logística y procesos, lo cual garantiza la sostenibilidad en el tiempo. Hay posibilidad de aumentar el acceso y la oferta de los servicios de salud; los costos de la actividad disminuyen hasta un 47%; aumenta la confianza en los servicios y trabajadores de la salud; potencia los resultados de otras actividades; aumenta la inscripción de las niñas en las escuelas en más de 40%; la desparasitación puede ser



Fuente: LC. Ochoa, Pontificia Universidad Bolivariana, 2013

realizada por personal no médico, que requiera capacitación previa corta y sencilla; y el tratamiento masivo de las HTS en las escuelas “es una de las mejores acciones en la salud pública mundial”

Características que debe tener la actividad de desparasitación

- Cobertura mínima del 75% de la población a riesgo
- Contar con indicadores de monitoreo y evaluación (prevalencia, intensidad, anemia, cobertura, impacto)
- Cubrir a preescolares y escolares
- Que sea una actividad integrada, no un programa vertical, aislado
- Participación comunitaria, lo cual es fundamental
- Vigilancia de efectos adversos, que son mínimos, pues el medicamento se absorbe en mínimo porcentaje, de ahí que no se calcule la dosis por kg de peso del niño.
- Continuidad
- Contar con recursos asignados

Hay componentes, programas y plataformas con los cuales se puede integrar la desparasitación. Para los preescolares (12 a 59 meses) se cuenta con el Programa Ampliado de inmunizaciones (PAI), el programa de Suplementación de vitamina A; la Estrategia AIEPI; el Programa de Crecimiento y Desarrollo; el Programa Suplementación Alimentaria; los Jardines infantiles o Educación Inicial. Para los niños en edad escolar, se cuenta con el Programa de Crecimiento y Desarrollo y el Programa de Salud Escolar o de Escuelas Saludables.

Marco Operativo

Se busca que en el país exista un Comité que cuente, idealmente con las siguientes disciplinas: Epidemiología, Saneamiento ambiental, Medicamentos, Comunicación en salud, Planificación, Prestación de servicios y Sistemas de información, integrando los sectores de la educación y la salud.

Los pasos recomendados para la integración de la desparasitación con otros componentes o programas comprenden: 1) Análisis de situación epidemiológica de las HTS; 2) Abogacía para obtener compromiso político; 3) Elaboración y puesta en marcha del plan integrado; 4) Búsqueda y establecimiento de alianzas para la implementación del plan; y 5) Monitoreo, evaluación e investigación operativa para medir el impacto.

Paso 1. Análisis de la situación epidemiológica: se parte de la línea de base sobre prevalencia e intensidad. Se debe determinar el porcentaje de cobertura, los grupos de edad, los ciclos anuales y la duración del programa. Y se deben definir los programas ideales a los que se debe integrar la desparasitación.

Paso 2. Abogacía para obtener el compromiso político: Evidenciar que las HTS son un problema de Salud Pública; mostrar que en zonas con prevalencias de HTS > 20% la administración masiva del medicamento es más eficiente que el tratamiento individual; abordar los determinantes Sociales de la Salud (agua, saneamiento...); justificar que la mejor manera es con la integración a plataformas, estrategias o programas existentes; y la movilización de recursos y movilización social a través de procesos de abogacía internos y externos.

Paso 3. Elaboración y puesta en marcha del plan integrado en programas de Salud Pública, teniendo en cuenta: Población en riesgo y zonas escogidas; identificar los programas en los que se integrará; cobertura esperada; adquisición de medicamentos e insumos; distribución y almacenamiento; personal y necesidades de capacitación; la

logística para la entrega conjunta de antiparasitarios y otras intervenciones, dependiendo de la plataforma a la que se va a integrar; el tipo de distribución (Individual o Masiva. La mayoría de las veces se hace de las dos maneras); el cálculo de medicamentos e insumos; el Plan de movilización social; la definición de costos y fuentes de financiación; el sistema de información; el monitoreo; el cronograma y los responsables.

Existen toda una serie de puntos de contacto en los servicios de salud que se constituyen en oportunidades para desparasitar a los niños en su visita rutinaria o por causa de afectaciones de salud (Gráfica 8). Estas son las oportunidades que se deben aprovechar para la desparasitación y garantizar una buena cobertura, evitando de esta manera las oportunidades perdidas.

Tener en cuenta que la desparasitación es solo uno de los tres pilares del programa, el cual se debe complementar con la educación en salud y el trabajo sobre los determinantes sociales de la salud.

Paso 4. Búsqueda y establecimiento de alianzas para iniciar el plan: Tener en cuenta a la Organización Mundial de la salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, UNICEF; ONG; OBF, Organizaciones de base, entre otras.

Paso 5. Monitoreo, evaluación, investigación operativa: Conocer cobertura real, detectar a tiempo las dificultades; generar información confiable; hacer retroalimentación a los equipos y a los voluntarios, de manera que el maestro o el líder comunitario sepa que su trabajo fue definitivo en el logro obtenido; reforzar confianza en la comunidad y aumentar confianza de las familias en los equipos de salud.

Gráfica 8. Oportunidades para desparasitar a los niños en los servicios de salud



Fuente: Guía de pautas operativas para la puesta en marcha de acciones integrada para el control de las geohelmintiasis

Hay muchos indicadores, pero se agrupan en: Indicadores de procesos (recursos, financiamiento, logística, política, guías, entrenamiento, otros); indicadores de rendimiento (cobertura); indicadores de impacto (prevalencia e intensidad; morbilidad; mortalidad; incidencia; otros). La morbilidad es más difícil de medir como impacto, pues implica medir hemoglobina, aumento del crecimiento, IMC, rendimiento escolar, inteligencia cognitiva, entre otros.

Téngase en cuenta que frente a los indicadores de procesos y de rendimiento, el monitoreo se debe hacer desde el comienzo; y la evaluación se debe empezar en cuanto se inicie el programa con el estudio de la cobertura. Este último se debe hacer una vez se culmine un proceso de desparasitación en un lugar geográfico determinado.

Con todo el respaldo bibliográfico expresado en las pautas, con todas las experiencias expresadas en el capítulo anterior, no cabe la menor duda de que, si hacemos bien el trabajo, esta semana de reunión puede pasar a la historia en el contexto de la salud pública para mejorar la salud de las niñas y niños en nuestra Región. Además, se requiere fortalecer el componente de la comunicación. Si le mostramos a la mamá o a los cuidadores de los niños que si cuando alimenta al niño está también alimentando a otros parásitos, ella se va a adherir de inmediato al programa. Es una obligación moral hacer lo necesario para lograrlo.

ACCESO A LA DONACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA DESPARASITACION CONTRA GEOHELMINTOS¹³

Uno de los principales objetivos es el de tener un solo mecanismo para solicitar la donación de medicamentos de manera pertinente y estandarizada, para avanzar de manera coordinada contra varias enfermedades, y no tener formularios separados para cada una de las enfermedades.

En el sistema anterior se manejaba una solicitud específica de medicamento por cada enfermedad. Esto no facilitaba la coordinación entre los diferentes programas en el Ministerio de Salud o con otros Ministerios. Por otra parte, se busca también una alianza de países, a través de sus técnicos expertos, para tener un solo formulario para la solicitud de medicamentos y un solo modelo de informe de la cobertura de las enfermedades con los medicamentos distribuidos. Se propone la formulación de un Plan Anual de Trabajo para definir cuándo y dónde se distribuyen los medicamentos. Gráfica 9. Ejemplo de Formulario de Informe Conjunto

World Health Organization

Joint Reporting Form v.2

The control of neglected tropical diseases represents a major challenge to those providing healthcare services in the endemic countries. Collection, dissemination, and use of reliable preventive chemotherapy data is critical in improving disease control programme efficiency. Additionally, data integration is an important requisite for improving organizational and operational effectiveness. The purpose of this template Joint Reporting Form (JRF) - available as an Excel file - is to provide national health authorities and data managers with a standardized tool to address these reporting challenges, facilitate integration and thereby further contribute to improving overall programme management. This template aims to standardize national reporting of programme implementation outcomes, improve availability and coordination of preventive chemotherapy data across the World Health Organization regions. National authorities are requested to complete this form for submission to the World Health Organization by 31 March of year.

Structure of the Application (worksheets):

INTRO	This worksheet includes guides how to fill Joint Application for selected PC medicine and information about status of PC for endemic diseases in the country
COUNTRY_INFO	This worksheet includes information about administrative structure of the country, population by age group, status of endemicity for each disease, population requiring PC, planned interventions and interventions implemented
MDA1, MDA2, MDA3, T1, T2 and T3	These worksheets include information about endemic districts targeted for treatment with specified PC medicine, treatment plan, and number of people received treatment by age group
SUMMARY	This worksheet includes summary of people treated by disease and by PC intervention. Before generating the report (run macros) please select the disease for which you need the report. Follow the same rule to generate various reports. This worksheet should be printed and submitted as a Joint Report (see the instruction for submission in the SUMMARY worksheet).

Instruction for data entry

Most of the cells in the above-mentioned worksheets include formula and calculate automatically, according to the treatment policy for each disease recommended by WHO. See the link http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/pct_manual/en/index.html

Please enter your data into the cells according to their colour code:

- White - cell is not protected. Please enter the value of the requested indicator.
- Yellow - cell includes name of indicator and protected. **No data entry required.**
- Orange - cell is not protected and includes a drop-down menu. Please select the value from the drop-down list.
- Green - cell includes formula but not protected. Please change the value **only if** your data is different from what is calculated automatically.
- Blue - cell includes formula and protected. **No data entry required.**

Country data

COUNTRY	
Year of reporting data	
Is country endemic for lymphatic filariasis (LF) ?	Endemic
Is country endemic for onchocerciasis (ONCHO) ?	Endemic
Is country endemic for soil-transmitted helminthiasis (STH) ?	Endemic
Is country endemic for schistosomiasis (SCH) ?	Endemic

If demographical data at second administrative level are not available by age group, please enter the proportion of population by age group in the country. If data are available, please leave these cells blank.

Pre-school age children (PreSAC) - 1-4 years of age	8.00%
School age children (SAC) - 5-14 years of age	25.00%
Adults - 15 years of age and above	65.00%

Fuente: OMS 2013

Se tiene la expectativa que la Oficina Regional pueda adaptar el formulario para la Región, de ser posible, incluyendo la traducción en español.

El formulario es enviado por correo electrónico y se carga en un folder de país que es accesible en una plataforma basada en la Web, por quienes deben gestionar la solicitud.

En la Gráfica 9 se muestra un ejemplo del formulario de reporte conjunto de los programas de país. En la Gráfica 10 se aprecia parte del formato de la plantilla para el plan de trabajo anual. Si en la solicitud hace falta información o alguna de ella no es clara, se pide la aclaración a través de la Oficina Regional, a fin de calificarlo. Pero cuando la solicitud llena los requisitos, se envía a un socio de revisión externa, quien emiten su concepto. Si el concepto es favorable, se realiza la solicitud del medicamento, para realizar las intervenciones de quimioterapia preventiva que el país solicitó.

La revisión externa se hace para asegurar un proceso justo para la donación y se procura asegurar que se tengan en cuenta las peculiaridades de la región desde donde procede la solicitud.

El sistema presentado comenzará a aplicarse desde el 2013 e irá hasta el 2014. Las oficinas regionales recibirán el vínculo para acceder a los formularios y plantilla, así como a la capacitación, la cual es muy sencilla. En un par de años el uso de este sistema será obligatorio. Varios países ya lo están usando.

¹³ Antonio Montesor, Departamento de Control de las Enfermedades Tropicales Desatendidas, OMS, Ginebra

Gráfica 9. Ejemplo de la Plantilla de un Plan de Trabajo Anual

ANNUAL WORK PLAN 2013-2014

1. Name of country Mkoania
 2. Implementation year May 2013 - Apr 2014
 3. Relevant PC diseases LF STH SCH ONGHO
 4. Specific goals to be achieved in the year
 i) To achieve 75% national coverage for STH and SCH
 ii) To implement national TAS training and implement TAS in 2 Evaluation Units

Activity & sub-activity	Timeline for implementation												Cost	Funding	Gap	Partner	
	May 13	Jun 13	Jul 13	Aug 13	Sep 13	Oct 13	Nov 13	Dec 13	Jan 14	Feb 14	Mar 14	Apr					
Annual planning and review														5,300	3,180	2,120	Government funding
Annual planning meeting														5,300	3,180	2,120	Government funding
National stakeholders meeting														5,300	3,180	2,120	Government funding
Training														7,000	0	7,000	
Training of drug distributors														7,000	0	7,000	
National TAS training														7,000	0	7,000	
Social mobilization														7,000	0	7,000	
Drug logistics														54,484	0	54,484	
Drug request														54,484	0	54,484	
Drug repackaging														1,767	0	1,767	
Drug transportation to districts														7,428	0	7,428	
Drug distribution														54,484	0	54,484	
MDA1 (VM + ALB)														54,484	0	54,484	
MDA2 (DEC + ALB)														54,484	0	54,484	
MDA3 (VM)														54,484	0	54,484	
T1 (ALB/MBD + PZQ)														54,484	0	54,484	
T2 (PZQ)														54,484	0	54,484	
T3 (ALB/MBD)														54,484	0	54,484	
Monitoring and evaluation														14,700	14,700	0	Funder 1, Funder 2
LF sentinel/spot check sites survey														13,500	13,500	0	Funder 1
SCH and/or STH prevalence survey														1,200	1,200	0	Funder 2
ONC epidemiological survey																	
LF TAS														13,500	13,500	0	Funder 1
Evaluation Unit 1														600	600	0	Funder 2
Evaluation Unit 2														600	600	0	Funder 2
6. Attachment																	

Fuente: OMS 2013

Se va a incorporar un paquete de entrenamiento virtual, el cual es muy sencillo, disponible en idiomas inglés, francés y español.

Se procura dedicar sesiones de entrenamiento en cualquiera de las reuniones planeadas a los directores de programas de los países. Pero también se brinda soporte técnico al país, ya sea por correo electrónico o a través de llamada telefónica.

Desde las Oficinas Regionales también están dispuestos a brindar acompañamiento en el diligenciamiento de los formularios.

Se tienen programados talleres nacionales para reunir a los gerentes de programas de país y proporcionar la información relacionada con el tema.

Se cuenta con un formulario que recoge datos epidemiológicos de morbilidad/discapacidad, entre otros, que se están desarrollando y van a ser divulgados, pero esto no se debe llenar cada año. Cuando los países deseen compartir información con la OMS, hay una manera especial de hacerlo. La OMS garantiza la confidencialidad de la información reportada.

La visión es la de asegurar que todos los países estén en capacidad de diligenciar el formulario para la donación de medicamentos; que reciban a tiempo las donaciones; que distribuyan dichas donaciones de acuerdo con lo planeado e informen de las actividades desarrolladas durante un período de tiempo. Se requiere esta información para reportar a la Asamblea General sobre el progreso de la cobertura de estos tipos de intervenciones.

En colaboración con la Oficina Regional y las Oficinas de Países de la OPS-OMS, se puede brindar apoyo a los países para solicitar los medicamentos y para asegurar una buena distribución de los mismos. Se planea apoyo a los países mediante visitas u otros medios de comunicación.

Preguntas y comentarios de los participantes.

P/ ¿Para hacer la solicitud de los medicamentos, a través de OPS, se debe hacer solo a través del Ministerio de Salud o lo pueden hacer directamente los municipios o una ONG o una organización privada, de manera directa?

R/ La donación se hace solo a través del Ministerio de Salud, quienes deben ser responsables del medicamento desde la solicitud y hasta la distribución.

P/ En México ya se cuenta con el formato y, al menos en dos de las tres semanas nacionales de salud se utiliza Albendazol. ¿Se realiza el pedido para las dos semanas nacionales de salud? ¿O se hace el pedido por separado para cada una?

R/ Normalmente se solicita el registro del año anterior y, por ello es que se pide el Plan Anual, por lo que se puede hacer una sola solicitud. Pero si el país prefiere hacer dos pedidos por separado, quizá por problemas de almacenamiento, no habría inconveniente. Pero la sugerencia es hacer una sola solicitud, pues la distribución al país tiene un costo importante para la OMS.

P/ ¿Cuáles son las características de los países que pueden pedir donación de medicamentos a la OMS?

R/ No hay ningún requisito para asignar la donación. Cualquier país que tenga un problema de geohelmintiasis y requiera el medicamento, puede solicitarlo y recibirlo. Lo importante es que tenga una buena gerencia, un buen antecedente de reportes de distribución eficiente, si antes lo han hecho.

P/ ¿Cuál sería el proceso más apropiado para aplicar por primera vez a la donación?

R/ El primer paso es tener un Plan y estimar correctamente la cantidad de medicamento que sea necesario.

P/ ¿Cuál es el tiempo promedio entre la solicitud y la llegada del medicamento?

R/ Entre la solicitud y la respuesta pueden transcurrir un par de semanas. En el 99% de los casos la respuesta es favorable. El envío puede tardar entre 4 y 6 meses; de ahí la importancia de la planificación con la suficiente antelación. Si la situación es de emergencia, se podrá responder con premura con 100.000 tabletas; pero si la solicitud es de 10 millones, se hace difícil responder con rapidez.

Lo deseable es que, antes del pedido, se revisen las normas o regulaciones de medicamentos en el país. Podría haber requisitos adicionales.

No obstante, conocidos los antecedentes, con Albendazol y Mebendazol no existen grandes dificultades al respecto. Lo importante es garantizar que no haya grandes costos de importación y que esta importación sea libre de impuestos. Los medicamentos llegan todos con los documentos de importación correspondientes.

Uno de los principales problemas identificados en los países tiene que ver con el desaduanaje. Cuando la OMS envía su aceptación, el país responde de inmediato para que envíen el medicamento, pero cuando llega a puerto, las autoridades nacionales tienen dificultades en el proceso de nacionalización y, muchas veces, los costos de almacenamiento del medicamento en aduanas pueden ser mayores que la exención de impuestos.

Se conoce el caso de un país que ha estado recibiendo donaciones de medicamentos para enfermedades desatendidas y se previó que podría haber una situación que impidiera o demorara sacar este medicamento de la bodega de aduanas, lo cual encarecía los costos. En este caso, el Ministerio de Salud y la Aduana negociaron que si sacaban la mercancía en máximo 48 horas, no se cobraría el bodegaje.

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL DE LAS GEOHELMINTIASIS¹⁴

La mayor parte de los problemas de salud están asociados a las condiciones de vida y de trabajo de los individuos, en particular con la inequidad en los diferentes grupos sociales y distribuidos a diferentes niveles (Gráfica 11).

El primer nivel se relaciona con las características de los individuos; el segundo, con el comportamiento y los estilos de vida; el tercero, con las redes sociales y comunitarias, que inciden en los comportamientos de los individuos; y el cuarto nivel, con los factores externos relacionados con las condiciones de vida y de trabajo de los individuos, donde se incluye el acceso a los servicios.

Cuando se habla de agua y saneamiento es conveniente agregarle el componente de higiene, pues si las intervenciones u opciones tecnológicas, si no van acompañadas de un componente de promoción de la higiene y de la salud, dejan de ser integrales y pueden conducir a pérdida de esfuerzos y recursos.

Viendo los determinantes de la salud desde otra óptica, podemos enfatizar la relación en las interacciones entre la salud y el ambiente, en el marco del acceso a los servicios para la población. En la Gráfica 12 se puede apreciar el bloque de los determinantes estructurales, pero en el componente ambiental hay bastantes vulnerabilidades que se presentan cuando estas condiciones ambientales cambian, por ejemplo, frente al cambio climático o cuando hay barreras de acceso a los recursos naturales o estos son de alguna manera mal administrados o contaminados, que influyen en los sistemas de salud. La repercusión de estas afectaciones va a incidir en la morbilidad y en la mortalidad. Se debe en consecuencia garantizar el acceso a los servicios de salud, que de alguna manera también van a verse afectados de manera vinculante con los determinantes intermedios, como la pobreza, los peligros y riesgos ambientales y los estilos de vida y comportamientos.

En este análisis, siempre va a existir una relación entre salud y la parte ambiental, y aunque se trabaje en agua y saneamiento, que están en un contexto ambiental, siempre va a haber repercusiones en la calidad de vida y, por consiguiente, en la salud; de ahí la importancia de las intervenciones integrales.

En esta mirada de los determinantes, vemos cómo la salud se ve afectada por las denominadas causas proximales, tales como la contaminación ambiental, las condiciones inadecuadas de agua y saneamiento, contaminantes químicos, presencia de vectores, entre otras; y estas a su vez tienen un vínculo con lo que se denomina “las causas de las causas”, las cuales generan unas consecuencias encadenadas, por ejemplo: la presencia de vectores repercute en la aparición de algunas enfermedades.

Algunas de las intervenciones recomendadas sobre los determinantes sociales, relacionadas con el componente de agua, saneamiento e higiene, para impactar sobre las enfermedades infecciosas desatendidas, son:

- Enfrentar los factores relacionados con agua, saneamiento e higiene y condiciones de vivienda.

Gráfica 10. Determinantes de la Salud

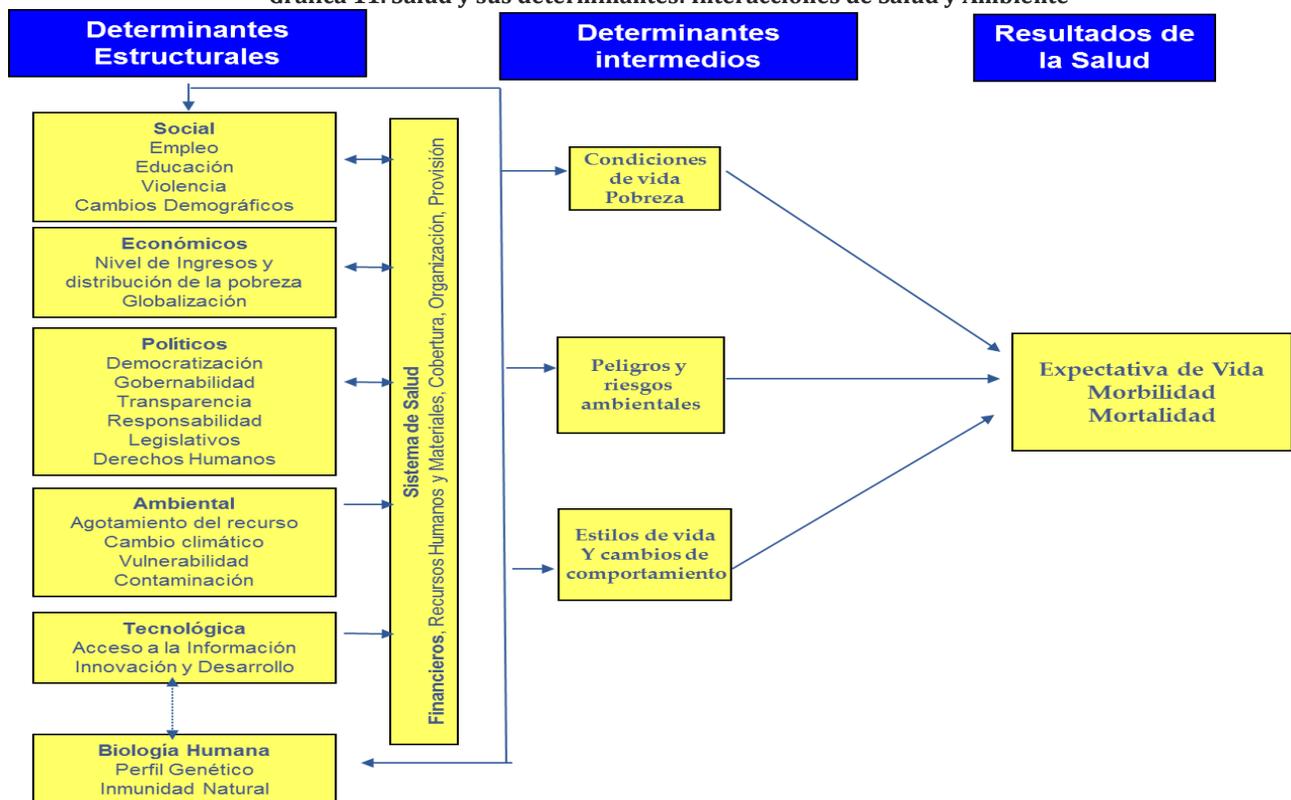


Fuente: Dalghren y Whitehead (1991)

¹⁴ Henry Hernández, Asesor Regional Salud Ambiental en Emergencias y Desastres

- Reducir los factores de riesgo ambientales, centrándose en la vigilancia ambiental y las evaluaciones de impacto para la planificación de las intervenciones integrales.
- Mejorar la salud de las poblaciones migrantes, relacionadas con los servicios de salud.
- Reducir las inequidades causadas por factores socioculturales y de género.
- Reducir la pobreza en población endémica para las Enfermedades Infecciosas Desatendidas; es decir, trabajar en políticas públicas para las poblaciones vulnerables.
- Implementar sistemas de vigilancia y evaluación de riesgo e insistir en la vigilancia ambiental y sanitaria.

Gráfica 11. Salud y sus determinantes: Interacciones de Salud y Ambiente



Fuente: E. Loyola/J. Canela/G. Fernández/C. Castillo-Salgado, 2006

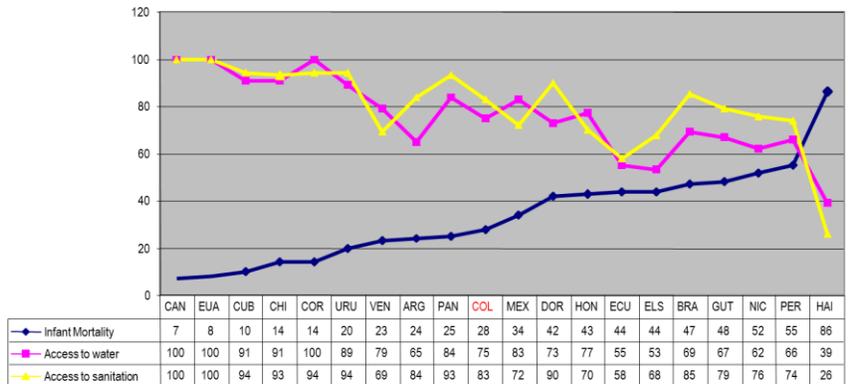
En relación con el abordaje intersectorial e interprogramático, se hace necesario vincular el componente de abogacía y sensibilización, que son desafíos que tienen un costo por el hecho de que hay que ser muy explícitos y evidentes. En esas 7 grandes acciones, una de ellas se relaciona con los servicios ambientales y sociales: agua segura, saneamiento, higiene y su apropiada aceptación cultural.

De la cantidad de agua disponible en el planeta, estimada en 1.424'192.640 km³, solo el 0,4% es al que tenemos acceso y en esta pequeña cantidad existen los riesgos de contaminación. Adicionalmente, la distribución es inequitativa, así como existe inequidad en el acceso a los servicios de disposición de aguas residuales, factor importante para la prevención y control de algunas de las enfermedades del grupo de desatendidas.

En la Región de América Latina y el Caribe el 20% de la población no tiene acceso a saneamiento, de ahí la necesidad de que los sectores de salud y de agua y saneamiento se sienten juntos y coordinen de manera integral las acciones de intervención para el mejoramiento y el bienestar de las comunidades. De las aguas residuales que se producen en la Región, solo el 10% son tratadas antes de su disposición final; el resto llegan a las fuentes hídricas, generando contaminación y, por consiguiente, focos de infección que afectan el control de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas.

En la Gráfica 13 se aprecia la relación significativa que existe entre la mortalidad infantil y la cobertura de los servicios de agua y saneamiento. Países como Canadá, Cuba y Estados Unidos, con alta cobertura de los servicios, tienen baja mortalidad infantil, mientras que países como Haití y Perú, tienen una relación inversa, con baja cobertura de servicios y alta mortalidad infantil, lo cual refuerza la necesidad de trabajar no solo en el acceso sino en el acceso con enfoque de salud pública.

Gráfica 12. Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos) vs. Acceso a Saneamiento y Agua (% de población)

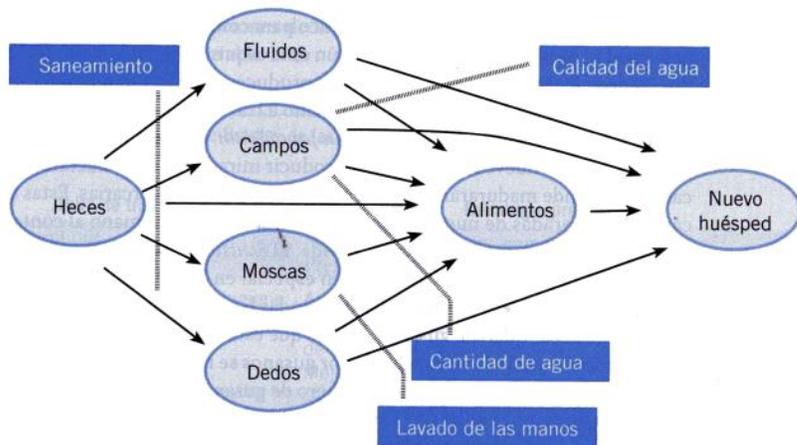


Fuente: OPS/OMS, Informe Regional Salud en las Américas. Evaluación 2000.

En un estudio realizado en Colombia sobre la carga de la enfermedad a partir de las condiciones ambientales, se halló que el factor de riesgo *Agua, saneamiento e higiene* (solo para diarrea) se relacionó directamente con 2.300 muertes al año, lo cual demuestra la necesidad de abordar el tema.

Es importante identificar con claridad las barreras y las estrategias preventivas para cortar la transmisión fecal-oral de muchas de las enfermedades infecciosas, con la puesta en marcha de cuatro categorías de intervenciones: saneamiento, calidad del agua, acceso al agua en la cantidad apropiada y lavado de manos (Gráfica 14).

Gráfica 13. Estrategias preventivas para cortar la transmisión fecal-oral de las enfermedades infecciosas



Fuente: OPS, 2012

De los aspectos más importantes sobre los cuales hay que tener suficiente claridad es acerca de la identificación de las intervenciones que son más apropiadas en saneamiento. A través de las tecnologías convencionales se puede tener una cobertura apropiada, pero en la población urbano-marginal o en población rural debemos saber identi-

ficar si la misma tecnología aplica para ellos y si realmente va a contribuir para cortar la cadena de transmisión. Hasta dónde las normas de calidad del agua pueden ser exigentes o flexibles para poner en práctica una normativa. Igual sucede con los temas de cantidad del agua y promoción de la higiene.

Cada una de estas intervenciones tiene un porcentaje relativo del impacto sobre el problema de salud pública sobre el cual se interviene. Hay que tener claridad en cuanto a cuál de las intervenciones es la más apropiada para una comunidad. En este cometido se propone intervenir con estrategias integrales, como la de Entornos Saludables, pero con la integralidad necesaria para todos los entornos, en la vivienda, en la escuela, en los espacios públicos, en las universidades, en el lugar de trabajo, en el espacio público; es quizá la única manera de generar impactos.

“El agua y el saneamiento son unos de los principales motores de la salud pública. Suelo referirme a ellos como «Salud 101», lo que significa que en cuanto se pueda garantizar el acceso al agua potable y a instalaciones sanitarias para todos, independientemente de las diferencias de sus condiciones de vida, se habrá ganado una importante batalla contra todo tipo de enfermedades.” (Dr LEE Jong-wook, ex-Director General de la OMS. 1945-2006).

ACCIONES INTEGRADAS CON EL SECTOR DE AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE¹⁵

Para responder a esta necesidad se hicieron gestiones en dos sentidos: 1) Revisión de la literatura en busca de información acerca de lo que muestran los datos acerca de las acciones en agua, saneamiento y educación en higiene – WASH y los resultados sobre las geohelmintiasis; y 2) Identificar las oportunidades de colaboración entre quienes trabajamos en el control de las geohelmintiasis y el sector WASH.

Se realizó una revisión sistemática de publicaciones que relacionaran las intervenciones en agua, saneamiento y educación en higiene, frente a los resultados en geohelmintiasis (HTS), para cualquier tipo de helmintos pero en particular sobre *Áscaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* y *Anquilostoma*. Se revisaron miles de publicaciones en diferentes idiomas, pero se seleccionaron aquellas que mostraban una relación estadística entre una intervención específica y un resultado específico en HTS. Solo 55 de esos artículos fueron elegibles por su relación de asociación. Solo uno de los 55 estudios elegibles era específico para medir intervenciones, pues los demás eran estudios observacionales.

Los resultados preliminares son interesantes (Cuadro 3):

- Al analizar la variable *agua*, se halló que el acceso al agua tratada reduce la probabilidad de infección por cualquier tipo de HTS en un 50%
- El análisis de la relación entre el agua corriente del servicio de acueducto frente a cualquier tipo de HTS no tuvo una relación significativa; pero frente al riesgo de infección por *Áscaris lumbricoides* o *Trichuris trichiura*, se halló que la probabilidad de reducción es similar a la del agua tratada, en un 45%.
- Al analizar la variable *saneamiento*, en sus diversas aproximaciones conceptuales, se halló una fuerte asociación entre el mejoramiento del saneamiento y la reducción del riesgo de cualquier HTS del 35 al 40%. El estudio específico frente a *Trichuris trichiura* o *Áscaris lumbricoides*, la reducción del riesgo era del 40%.

Cuadro 3. Revisión sistemática de literatura sobre WASH y HTS – 2012

WASH Variable	Exposure	STH	Odds Ratio (95% CI)
Water	Treated water	Any STH	0.45 (0.46-0.78)
	Piped water	Any STH	1.48 (0.55-3.95)
		Ascaris or Trichuris	0.45 (0.40-0.56)
Sanitation	Improved sanitation	Any STH	0.65 (0.56-0.74)
		Trichuris	0.60 (0.46-0.78)
		Ascaris	0.62 (0.44-0.88)
Hygiene	Wearing shoes	Hookworm	0.29 (0.18-0.47)
	Soap use or availability	Any STH	0.66 (0.39-1.10)
	Washing after defecation	Any STH	0.79 (0.41-1.50)

Fuente: *Children Without Worms and International Trachoma Initiatives*

¹⁵ David Addiss, Director de la ONG Children Without Worms.

- La mayoría de los estudios muestran que si no se tiene un mejoramiento del saneamiento, el riesgo de geohelmintiasis va a ser mayor a uno (1). Muchos estudios tienen un intervalo de confianza muy amplios, pero en general muestran una relación directa entre la falta de saneamiento y el riesgo de infección por HTS.
- En relación con la variable *educación en higiene*, se halló que el uso de calzado protegía contra las Uncinarias en aproximadamente un 70% de los casos.
- Causó controversia el hecho de que el uso del lavado de manos con jabón después de defecar no obtuvo una relación significativa asociada con ningún HTS. Quizá el factor que explica este resultado se relacione con la fisiopatología de estos tipos de infecciones.

Si comparamos la colaboración del componente de las enfermedades tropicales desatendidas (NTD), que se basa en la administración masiva de medicamentos, y del sector WASH, teniendo en cuenta que el sector que denominamos WASH es muy heterogéneo, pues no en todas las latitudes se entiende como *agua, saneamiento y educación en higiene*, se aprecia que mientras en NTD la meta es salud o mejorar la educación, en el sector WASH la meta está más relacionada con derechos humanos, equidad de género, desarrollo, pero en salud tiene un bajo porcentaje de prioridad. El nivel de coordinación en NTD es nacional, mientras que en WASH la coordinación se da a nivel de distrito o en la comunidad. La participación comunitaria en NTD es periódica (ej, anual) mientras que en WASH es más constante. Los costos son más altos en WASH. Los recursos, en NTD, se utilizan en el área rural mientras que en WASH se utilizan en el área urbana. Mientras para impactar en NTD se requiere de otros sectores para alcanzar las metas, en WASH no necesariamente se requiere de ello.

En diciembre de 2012 se llevó a cabo una mesa de diálogo en la Fundación Bill y Melinda Gates para mejorar la coordinación de acciones entre las personas en el componente NTD y el sector WASH. Una visión compartida surgió de tener una plataforma sobre la cual se pueda trabajar de manera conjunta entre estos dos componentes, para tener: "Comunidades libres de enfermedades que tienen un acceso adecuado y equitativo al agua y el saneamiento, y buenas prácticas de higiene". Se pudo apreciar que existen intereses compartidos en 4 áreas: abogacía; entrenamiento para la construcción de capacidades; mapeo, datos y monitoreo; e investigación. Se esbozan a continuación las sugerencias de colaboración como resultado de esta mesa de diálogo, para cada una de estas cuatro áreas de interés compartido entre el componente de NTD y el sector WASH:

- Abogacía: Unificar y tener coherencia en los mensajes para los financiadores y el público.
- Entrenamiento: Realizar entrenamiento cruzado de los técnicos.
- Mapeo, datos y monitoreo: Hacer un mapeo coordinado; compartir los indicadores utilizados y las bases de datos.
- Investigación: Identificar las prioridades de investigación para HTS y WASH. Investigar sobre los costos, los beneficios y la efectividad de las intervenciones combinadas.

Realizando una analogía de la física, si usamos un trabajo en paralelo entre el sector WASH y el sector de la salud en su componente de NTD, vamos a tener buena amplitud de nuestras acciones; pero si involucramos a los ministerios de Salud, Educación, Recursos Naturales y Agua, ONG y otras Organizaciones Multilaterales, el programa de control de NTD podría tener un gran efecto sobre nuestras metas.

Preguntas y comentarios de los participantes.

P/ En los años 80's se trabajaba con esquemas similares al propuesto en este bloque de presentaciones. El personal de salud tenía que instruir sobre el tema de educación en higiene y en tecnologías apropiadas en agua y saneamiento. Las presentaciones muestran la necesidad de rescatar este esquema de trabajo que ya ha sido exitoso en el pasado.

R/ Curiosamente, se debate en la actualidad acerca de las opciones tecnológicas que antes se llamaban tecnologías apropiadas, y qué tan apropiadas eran para las comunidades. Actualmente el Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento –ETRAS (antiguo CEPIS), tiene a cargo esta responsabilidad de agua y saneamiento y se puede colocar a disposición para compartir información en tecnologías y sobre experiencias basadas en la comunidad. El saneamiento debe ser una opción para que la comunidad participe. La experiencia de Bolivia “Saneamiento Basado en la Comunidad”, desde el momento en que se diagnostican los problemas sanitarios, tiene presente lo que piensa la comunidad y las alternativas de solución expresadas desde la comunidad. El debate sobre las mejores opciones tecnológicas en agua y saneamiento para la comunidad es poder contextualizar estas opciones y de esta manera, no imponer lo que creemos es la solución, cuando realmente podemos llegar con varias propuestas de alternativas y la solución puede y debe surgir del consenso con la comunidad, orientados por los expertos, lo cual deberá garantizar la sostenibilidad de las acciones y del impacto de estas.

C/ Cuando en las Pautas se habla de Educación en Salud, se habla de manera muy general. El aporte del sector WASH debe ser fundamental para saber cómo orientar estas acciones de educación en salud.

C/ En la Representación de OPS en Perú está el Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento (ETRAS), quienes toman todo lo bueno y excelente de lo que fue el Centro Panamericano de Ingeniería Ambiental y Sanitaria (CEPIS) y abordan la problemática del saneamiento desde otra perspectiva. Por ejemplo, cómo se puede hacer incidencia en áreas donde hay alta vulnerabilidad por los HTS. Vamos a tener una iniciativa que se está elaborando con la Universidad de Montreal, en una zona fronteriza entre Ecuador y Perú, en el área de Tumbes, con el abordaje de Ecosalud, para tener estas evidencias en terreno, con la participación de autoridades, comunidad y diferentes sectores como agricultura, turismo, pesca, organizaciones privadas relacionadas con saneamiento, y se va a medir el impacto de las acciones.

C/ Uno de los temas más álgidos, complicados y de mayor trascendencia en relación con las geohelmintiasis es el de los determinantes de la salud. Para poder hablar de los determinantes de la salud tenemos que ubicarnos en los escenarios de enfoques económicos, de políticas de los Estados, de factores antropológicos y de los escenarios distractores como son el narcotráfico, la violencia y la justicia. Todo esto conlleva a la parte medular con la cual se pueden resolver estos problemas, como lo es la productividad. Si en nuestros países no hay productividad y solo nos enfocamos en el maquillaje de los problemas de las comunidades y no trabajamos en la productividad, siempre nos vamos a quedar a medio camino. Con mejores condiciones de vida y de salud, derivada de una labor que incide en el mejoramiento de la productividad, vamos a tener mayores impactos en salud pública.

En resumen: Se ha presentado un panorama o visión de los determinantes sociales en salud y cómo pueden afectar o ayudar en nuestros esfuerzos de control de las geohelmintiasis. Varias de las acciones que se pueden adelantar desde lo técnico implica también un poco de abogacía para reducir la pobreza. Se ha esbozado también la oportunidad de pensar en los entornos saludables, que es un marco de referencia para incidir en el control de las helmintiasis. Se mostraron los datos científicos de un estudio metanálisis en el cual se han cruzado las intervenciones en WASH y las probabilidades de incidir en las HTS, notando la importancia del agua potable, la higiene de manos y la necesidad de reducir las brechas entre los programas de control de geohelmintiasis y el sector de WASH, por lo que hay que construir puentes entre estos dos esfuerzos, con un enfoque y una visión común. Hemos visto cómo los esfuerzos conjuntos pueden incrementar la amplitud de los resultados de estos esfuerzos conjuntos. Y por último, se hace necesario revisar las experiencias de los años 80's, las lecciones aprendidas de las intervenciones en esa época en el tema del control de las enfermedades diarreicas, y quizá reutilizar algunas de esas estrategias en nuestros esfuerzos para controlar las geohelmintiasis.

OPORTUNIDADES Y RETOS EN LA INTEGRACIÓN DE LA DESPARASITACION EN PLATAFORMAS DE SALUD PÚBLICA

Trabajo en grupos para la identificación de experiencias exitosas, lecciones aprendidas, retos en la integración de la desparasitación en plataformas de salud pública ya establecidas y con varios años de experiencia y de logros, así como las ventajas y desventajas de esta integración.

Cuadro 4. Resumen Taller sobre Oportunidades y Retos en la Integración de la desparasitación en plataformas de salud - Parte 1

GRUPO	EXPERIENCIAS EXITOSAS	LECCIONES APRENDIDAS	RETOS
Perú Bolivia	- No hay antecedentes de experiencias en desparasitación	- El liderazgo ha estado a cargo de las ONG y otras entidades privadas. El Ministerio de Salud debe asumir este rol de liderazgo	- Los decisores políticos reconozcan la importancia de la desparasitación - Implementar la línea de base - Mejorar la coordinación con autoridades locales y regionales - Elaborar plan de intervención intersectorial - Acopiar información para la solicitud de donación - Diseñar e implementar un pilotaje
Colombia	- Desparasitación a través del Plan de Intervenciones Colectivas del Sistema de Salud (COL), en población escolar. No se ha medido el impacto. - Convenios entre el Ministerio de Salud con OIM, PMA, OPS, Universidad de Antioquia, entre otras.	- Necesidad de integrar el sub-programa de HTS en el de EID - Sistema de información para la gestión eficiente - Coordinación con actores que realizan acciones de desparasitación - Promover y apoyar las adaptaciones locales del Plan Nacional	- Consolidar el Programa e incluirlo en el marco de la APS - Levantamiento de la línea de base en el resto de las regiones - Iniciar acciones de desparasitación articuladas con intervenciones en los determinantes - Seguimiento en las escuelas centinela - Movilizar otros sectores
Honduras Guatemala	- Integración de programas PAI, Programa Niñez con apoyo de CIDA Canadá, en San Esteban – Olancho – Honduras. - Operación Bendición en población escolar en 8 departamentos (Guatemala)	- Alianzas estratégicas con otros sectores - Coordinación, liderazgo y rectoría del Ministerio de Salud - Reducción de costos mediante alianzas. - Es necesario el trabajo con los determinantes de la salud - Trabajar en la promoción de la salud de manera integral e integrada	- La desparasitación como política de país - Las campañas de sensibilización para cambios de conductas - Fortalecer las alianzas con otros sectores - Mejorar las condiciones sanitarias en agua, saneamiento y ambiente - Hacer sostenibles las actividades de monitoreo y evaluación
Nicaragua Brasil Panamá	- Alianzas con la Sociedad Civil (Mov. Hanseniano-BRA) - Voluntad política para tener sinergias entre Salud/Educación y Abogacía interna en vigilancia en salud (NIC) - Coordinación intersectorial Salud+Educación y alianzas con compañías farmacéuticas (PAN)	- Integración interinstitucional que facilite la desparasitación - Sistemas de información basales para la planeación - Solicitud y provisión oportuna del antiparasitario - Promover la participación comunitaria	- Monitoreo y evaluación de resultados y sus impactos - Promover la sostenibilidad - Mantener el apoyo político - La disposición de los actores (definir responsabilidades) - La mejora de la infraestructura sanitaria en las escuelas
Paraguay El Salvador	- Articulación entre los ministerios de Salud / Educación e instalación del programa de desparasitación luego de 8 décadas (PAR) - Programa continuo de desparasitaciones (ELS – En 2012, 365.000 dosis) - Apoyo de una ONG en educación (ELS) - Charlas en las Unidades de Salud	- La planificación es necesaria y debe ser integral: insumos, logística, recursos, entre otros - Unificar esfuerzos con otras instituciones que tengan igual interés en desparasitación - Coordinar con programas como el PAI para evitar sobrecarga de campañas (Ministerio de Salud + Ministerio de Educación)	- Consolidar el programa como prioridad en salud pública - Integrar a las ONG que trabajan en el tema - Integrar otros programas al interior del sector de la salud y con otros sectores

GRUPO	EXPERIENCIAS EXITOSAS	LECCIONES APRENDIDAS	RETOS
Surinam Guyana Santa Lucía	<ul style="list-style-type: none"> - En la costa se finalizó el estudio y tratamiento. En el interior, la ONG Misión Médica adelantará la línea de base y la distribución de medicamentos (SUR) - Integración de las actividades de desparasitación en los programas de bienestar (SUR y GUY) - Colaboración intersectorial entre los Ministerios de Salud y Educación (GUY) - Uso de otros programas intersectoriales para las actividades de desparasitación 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso libre a los antiparasitarios en las farmacias (SUR) - El mejoramiento del saneamiento es crítico (SUR) - Énfasis de la educación en salud en las escuelas, en: uso del calzado y lavado de alimentos (SUR) - Es importante reducir la pobreza en el área costera. Hay avances en infraestructura (SUR) - Sostener la actividad anual de desparasitación + certificación en manipulación de alimentos - Identificación de detalles para el desarrollo de la línea de base - Identificación de los aspectos que requieren los programas para incorporar los cambios y ajustes necesarios 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio de línea de base en el interior, en alianza con el Ministerio de Salud + ONG Misión Médica (SUR) - Eliminación de la HTS + Esquistosomiasis (SUR) - Soporte económico para el programa en el interior del país (SUR) - Capacitación al recurso humano en salud del interior del país, en la técnica de diagnóstico de Kato Katz como en la medición de la línea de base - Mejorar la comunicación entre el Gobierno y la Comunidad (StL) - Abogacía para que las personas mantengan y le den importancia a la desparasitación - Intervenir en poblaciones alejadas o de difícil acceso
República Dominicana	<ul style="list-style-type: none"> - Alianzas estratégicas con: PMA (donación Albendazol) + Ministerio de Educación (INABIE – compra anual y distribución) + Food For The Hungry (donación) - Alianzas con socios locales: empresas privadas + club de Leones + Diputados + Juntas de Vecinos - Alianzas con Programas Nacionales de Nutrición y Salud Escolar - Vinculación de OPS con cooperación técnica y donación 	<ul style="list-style-type: none"> - Optimización y ajuste de los formularios de recolección de datos - Cooperación intersectorial en las acciones control de la HTS. - Integración con las asociaciones de padres, madres y amigos de las escuelas (APMAES) - Realizar gestiones de adquisición del medicamento con mayor oportunidad (POA) - Llegar a los actores claves de la desparasitación en las capacitaciones, con enfoque en zonas priorizadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo, seguimiento a la jornada y sostenibilidad - Expandir el programa a preescolares, embarazadas, adolescentes y jóvenes adultos - Mejorar la cobertura en niños, niñas y adolescentes no escolarizados - Disponibilidad oportuna del medicamento - Lograr la cobertura en niños, niñas y adolescentes con discapacidad
Belice Venezuela	<ul style="list-style-type: none"> - La alianza Educación/Salud permitirá el diagnóstico coprológico y la estimación de la prevalencia e intensidad de la infección en la población escolar (BEL) - Alianza Educación / Salud / UNICEF y Bayer Farmaceutical en actividad con escolares (VEN) 	<ul style="list-style-type: none"> - Las múltiples instituciones y cooperantes deben hablar el mismo lenguaje - La información debe ser unificada por todos los actores (evitar duplicidad) - Actualización del censo estudiantil - Crear conciencia sanitaria - Importancia de la participación comunitaria - Importancia de la prevalencia para determinar futuras acciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación post-tratamiento - Consolidar el Sistema de Información - Cubrir zonas de difícil acceso - Lograr cobertura del 100% en población no escolarizada - Consolidar las HTS como problema de salud pública - Empoderar a las comunidades sobre los determinantes de la salud y los factores de riesgo - Consolidar la intersectorialidad
México	<ul style="list-style-type: none"> - Mejoramiento del acceso al agua + desparasitación en programas Tracoma y HTS (Estado Chiapas – MEX) - Desparasitación masiva + cero efectos adversos en Albendazol + integración a un programa nacional de salud + donación de una ONG en 2009 + Compra y distribución a cargo de cada Estado (MEX) 	<ul style="list-style-type: none"> - La desparasitación masiva es mejor que la individual (MEX) - El medicamento es seguro y efectivo (MEX) - Intervenciones en el saneamiento contribuyen en la reducción de las geohelmintiasis - El material de difusión ayuda a sensibilizar a la población sobre el problema y al apego al programa 	<ul style="list-style-type: none"> - Extender la desparasitación a toda la población (MEX) - Evaluar el impacto del programa (prevalencia e intensidad - MEX) - Mejorar las condiciones de saneamiento (MEX) - Mantener la sensibilización en la población (MEX)

Cuadro 5. Resumen Taller sobre Oportunidades y Retos en la Integración de la desparasitación en plataformas de salud – Parte 2

PAISES	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Colombia El Salvador	<ul style="list-style-type: none"> → Favorece el sistema único de vigilancia → Las comunidades perciben beneficios y soluciones más integrales, con mayor aceptación → Los recursos se hacen más eficientes → Mayor cobertura geográfica → Atención integral → Integración de los programas con fortalecimiento del liderazgo y del sistema de información → Reduce la resistencia del funcionario a asumir más funciones 	<ul style="list-style-type: none"> → Resistencia de los funcionarios de asumir nuevas funciones → Se focaliza solo en geohelmintos, dejando de lado a otras parasitosis. Riesgo de limitar el control solo en geohelminiasis → Aparente sobrecarga de trabajo al programa sobre el cual se acompaña la desparasitación → Puede haber dificultad para consolidar información → Podría debilitar el otro programa o reducir la importancia de la desparasitación
Panamá Honduras	<ul style="list-style-type: none"> → Mayor cobertura → Mayor participación del personal → Mayor intersectorialidad → Permite unificar criterios y esfuerzos → Mayor eficiencia en las acciones, reduciendo costos 	<ul style="list-style-type: none"> → Dilución de la autoridad en sus competencias → Recarga de trabajo en el personal involucrado → Dificultad en la implementación de un subsistema de información
Bolivia República Dominicana	<ul style="list-style-type: none"> → Optimizar los recursos → Evita duplicar esfuerzos → Fortalecimiento de las acciones → La estructura de un programa favorece la distribución de los medicamentos → Aumenta el acceso a zonas apartadas 	<ul style="list-style-type: none"> → Tener que convencer en las actividades de desparasitación → Requiere un tiempo la adquisición de recursos y las capacitaciones → Insuficiente información y capacidad sobre desparasitación por el personal de salud → Puede haber falta de empoderamiento de las jornadas en las direcciones provinciales de salud
Perú Paraguay	<ul style="list-style-type: none"> → Aprovechar la experiencia operativa de otro programa → Uso eficiente de los recursos → La credibilidad del otro programa le da soporte a la nueva intervención → La sinergia potencia los resultados → Facilita la coordinación entre sectores e instancias de gobierno 	<ul style="list-style-type: none"> → Sobrecarga al programa sobre el cual se sustenta la desparasitación → Autoridades locales no hacen seguimiento → La deficiente estructura sanitaria puede desfavorecer los esfuerzos
Santa Lucía Belice	<ul style="list-style-type: none"> → Favorece la coordinación y la cooperación → Fortalece las capacidades en los servicios y su alcance → La información disponible en otros programas sería útil para el control de las HTS 	<ul style="list-style-type: none"> → Podrá haber competencia por los recursos → Las plataformas pueden no alcanzar los objetivos para la población → Requiere replantear las agendas políticas → Podría haber compensaciones y compromisos con otros servicios que se verían afectados → Convencer sobre las ventajas de la integración con un propósito, no como sobrecarga → Celos profesionales sobre los logros alcanzados (atribuirse logros ajenos)
Surinam Guyana	<ul style="list-style-type: none"> → Mejor uso del sistema existente para la promoción de la salud y la información → Reducción de costos para la logística → Reduce el costo de la movilización social y las capacitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> → Posibilidad de dilución de los esfuerzos y tal vez el interés de la comunidad se reduzca → Requiere mayor coordinación para actuar a tiempo → Sensación de trabajo extra por el personal de salud y capacitadores
Ecuador Nicaragua	<ul style="list-style-type: none"> → Promueve y favorece el trabajo en equipo → Potencializa el logro de las metas → Disminuye costos → Potencia el enfoque integral, intersectorial y la participación ciudadana → Fortalece la sostenibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> → Personal de salud resistente por exceso de trabajo → Se complejiza el monitoreo
Brasil Venezuela	<ul style="list-style-type: none"> → Fortalecimiento intrasectorial → Ahorro en talento humano, logística y recursos → Gana-Gana, sinergias, coberturas, resultados e impactos. → Reduce la discriminación de etnia y de género 	<ul style="list-style-type: none"> → Aumenta la incertidumbre en los resultados y en el proceso de aplicación (E): interpretación de normas, registro de información, diferente nivel de compromiso) → Mayor esfuerzo para la organización

PAÍSES	VENTAJAS	DESVENTAJAS
México Guatemala EEUU	<ul style="list-style-type: none"> → Incrementa coberturas → Disminuye costos → Favorece mayor difusión de los temas → Fortalecimiento intrasectorial → Permite el intercambio de experiencias 	<ul style="list-style-type: none"> → Volver a reestructurar el sistema ya desarrollado e implementado → Dificultad de integración debido a la complejidad de los ministerios → Requiere adecuación de los tiempos con los de la plataforma ya existente

Resumen:

- Las acciones que la mayoría de los países realizan para la desparasitación masiva o en el proceso de implementación, hay un consenso de todos de poder impulsar el programa de control de las geohelmintiasis.
- Se requieren cada vez más alianzas para lograr los objetivos comunes. Quizá la geohelmintiasis sea la punta de lanza para integrar otros programas de eventos de interés en salud pública, cuyos procesos de control sean similares.
- Los países empiezan a empoderarse de los retos. Esta conciencia contribuye al logro de los objetivos.
- Las desventajas coinciden en su mayoría como si descargaran la responsabilidad en el otro programa. Se debe tener unidad de criterio en lo que se entiende como *integración*. No es sobrecargar a un programa. Hay que acompañar acciones con recursos, físicos, económicos, talento humano; y aprovechar las oportunidades para llegar a las poblaciones con paquetes más integrados.
- Es necesario mejorar la visualización de las ventajas del trabajo integrado, por ejemplo salud en unión con educación. Las ventajas se reconocen muy bien, pero las desventajas se limitarían a los procesos administrativos.
- Para implementar un plan de control de las geohelmintiasis en los países debe incluir las estrategias y sus ventajas para que este plan sea vendible y de esta manera se podría mejorar la abogacía con los diferentes sectores y tener una buena abogacía.

PRESENTACIÓN DEL PLAN OPERATIVO DE LOS PAÍSES PARTICIPANTES

Los planes operativos fueron elaborados por los delegados de los 18 países participantes, quienes aplicaron la metodología e instrumentos sugeridos, trabajados por grupos de países, así:

- Grupo 1: Belice, Guyana, Surinam y Santa Lucía.
- Grupo 2: Brasil, Honduras, Colombia y Venezuela.
- Grupo 3: México, República Dominicana, Perú, Ecuador y Panamá.
- Grupo 4: Nicaragua, Paraguay, Bolivia, El Salvador, y Guatemala.

En el Cuadro 6 se resumen los principales contenidos del Plan identificados por cada uno de los países, de acuerdo con las orientaciones metodológicas.

Cuadro 6. Resumen de los contenidos del Plan de desparasitación contra HTS, por países.

País	Cuándo, dónde y para quién	Acciones principales que el país quiere implementar	Medicamentos necesarios	Tres próximos pasos
Belice	<p>Años del Plan: 5 años</p> <p>Área*: Nacional</p> <p>Población meta: PE: 36.586; E: 74.735; ADU: 83.723</p>	Belize tiene en ejecución un plan de desparasitación.	<p>¿Cuántas tabletas? 400.000 tabletas/ suspensión al año.</p> <p>¿Cuántas donadas? Serán adquiridas por el MS. Sin embargo, analizarán la posibilidad de solicitar donaciones en 2014.</p>	<p>1. Llevar a cabo el estudio de impacto en el sur de Belice, mayo-junio de 2013.</p> <p>2. Llevar a cabo una encuesta nacional de prevalencia de HTS, que puede incluir las escuelas secundarias, la prevalencia en las mujeres en edad fértil y sobre WASH en las escuelas (datos secundarios de WASH).</p> <p>3. Analizar los resultados y revisar el plan de acción para la HTS.</p>
Suriname	<p>Años del Plan: 2,5 años (07/2013 – 12/2015)</p> <p>Área*: Subnacional</p> <p>Población meta: PE: 4.830 E: 16.435 ADU: 42.775</p>	<p>1. Planificación y revisión anual.</p> <p>2. Identificación de las plataformas, programas o actividades en materia de salud pública que podrían ser apoyo desparasitación (AIEPI, EPI, programas de salud escolar, nutrición, etc.)</p> <p>3. Definir la integración de la estrategia WASH como parte del plan de lucha contra las infecciones HTS.</p> <p>4. Medicamentos e insumos necesarios y los procedimientos para la donación, adquisición, almacenamiento, distribución y seguimiento de las acciones.</p> <p>5. Implementación de la Campaña</p> <p>6. Seguimiento y evaluación</p>	<p>¿Cuántas tabletas? 200.000</p> <p>¿Cuántas donadas? TBD</p>	<p>1. Aprobación de este proyecto de plan por parte del Consejo Nacional de Malaria y EID.</p> <p>2. Finalizar el sub plan</p> <p>3. Iniciar la movilización de recursos</p>

País	Cuándo, dónde y para quién	Acciones principales que el país quiere implementar	Medicamentos necesarios	Tres próximos pasos
Guyana	Años del Plan: 2014-2018 Área*: Subnacional Región 4 Población meta: PE: 9.259 E: 286.980 ADU: 272.000	1. Planificación y revisión anual. 2. Identificación de las plataformas, programas o actividades en materia de salud pública que podrían ser de apoyo a la desparasitación (AIEPI, EPI, la nutrición, etc.) 3. Definir la integración de la estrategia WASH como parte del plan de lucha contra las infecciones HTS. 4. Medicamentos e insumos necesarios y los procedimientos para la donación, adquisición, almacenamiento, distribución y seguimiento de las acciones. 5. Implementación de la Campaña 6. Seguimiento y evaluación	¿Cuántas tabletas? 310.000 ¿Cuántas donadas? 310.000	1. Estudios centinela campo para determinar la línea de base en 2013. 2. Organizar FL MDA en la Región 4 3. Reunión con AIEPI, PTMI.
Saint Lucía **El Programa se enfocará en las HTS y las escuelas	Años del Plan: 3 años (2013-2015) Área*: Nacional Población Meta: PE: 11.810 E: 28.068 ADU: 125.716	1. Planificación y revisión anual. 2. Identificación de las plataformas, programas o actividades en materia de salud pública que podrían ser apoyo desparasitación (AIEPI, EPI, programas de salud escolar, nutrición, etc.) 3. Definir la integración de la estrategia WASH como parte del plan de lucha contra las infecciones HTS. 4. Medicamentos e insumos necesarios y los procedimientos para la donación, adquisición, almacenamiento, distribución y seguimiento de las acciones. 5. Implementación de la Campaña 6. Seguimiento y evaluación	¿Cuántas tabletas? TBD ¿Cuántas donadas? TBD (Interesados en donaciones)	1. Reunión de las partes interesadas para la priorización del programa 2. Evaluar la viabilidad y la necesidad de estudio de prevalencia. 3. Entrenamiento. 4. Llevar a cabo la encuesta. 5. Evaluar la situación epidemiológica. 6. Diseñar e implementar estrategias de desparasitación
Brasil	Periodo del plan: 2011-2015 Ámbito: 720 municipios prioritarios 37 para tracoma Población meta: 6.970.285 Escolares (Preescolares en una próxima fase)	1. Integración de la desparasitación con el programa de hanseniasis, tracoma, esquistosomiasis, salud escolar, estrategia de salud de la familia 2. Integración de las acciones de WASH 3. Desarrollo e implementación del Sistema de recolección de datos vía Web para monitoreo 4. Monitoreo de las intervenciones, evaluación de lecciones aprendidas y preparación de la siguiente campaña	¿Cuántas tabletas? 9 millones de tabletas por año ¿Cuántas donadas? Existe interés en seguir recibiendo las donaciones. (recibió donación de 9 millones en 2013 a través de OPS/OMS)	1. Hacer el monitoreo de la desparasitación en junio 2013 2. Evaluar la primera campaña integrada de lepra, tracoma y geohelmintiasis 3. Programar la campaña de 2014

País	Cuándo, dónde y para quién	Acciones principales que el país quiere implementar	Medicamentos necesarios	Tres próximos pasos
Honduras	<p>Periodo del plan: 2012-2017</p> <p>Ámbito: 18 departamentos</p> <p>Población meta: 867.754 preescolares y 1.235.292 escolares</p>	<ol style="list-style-type: none"> Integración de la desparasitación con el PAI, Escuelas saludables, Programa Mundial de Alimentos-PMA, y con el liderazgo de la Mesa Técnica Nacional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas Integrar el abordaje de los determinantes de la salud Avanzar en la implementación de acciones de educación y promoción de la salud Realizar acciones de monitoreo y supervisión a nivel regional y local después de cada campaña 	<p>¿Cuántas tabletas? 3.672.172 por año,</p> <p>¿Cuántas donadas? Interesados en acceder a la donación a través de la OPS/OMS</p>	<ol style="list-style-type: none"> Socializar y validar el plan de desparasitación con la Mesa Técnica Nacional de Enfermedades Desatendidas Preparación para la próxima Jornada de Desparasitación escolar en coordinación con la Secretaria de Educación, Escuela Saludable y PMA. Presentación de los planes operativos de la jornada y socios para cubrir brechas. Gestionar la donación del medicamento para el año 2014
Colombia	<p>Periodo del plan: 2013-2017</p> <p>Ámbito: Municipios con prevalencias >20%</p> <p>Población meta: 260.000 Preescolares 560.000 escolares 1.700.000 adultos</p>	<ol style="list-style-type: none"> Integración de la desparasitación con el PAI, AIEPI, nutrición, entornos saludables, planes territoriales de agua, y el programa educativo institucional Implementar acciones de educación en el lavado de manos e higiene, prácticas clave para la prevención Implementación de proyecto piloto en el departamento del Chocó para el mejoramiento de la calidad de agua y disposición de excretas en las escuelas Implementación de acciones de vigilancia y monitoreo, incluyendo vigilancia centinela Seguimiento y supervisión de las acciones previas y de implementación de las campañas 	<p>¿Cuántas tabletas? 1.320.000 tabletas</p> <p>¿Cuántas donadas? Están interesados en la donación pero requieren revisar las normas internas del país</p>	<ol style="list-style-type: none"> Ajuste del presente plan de control de geohelmintiasis de acuerdo con el Plan Nacional para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas-EID. Validación, ajuste y socialización de guías y protocolos adaptados al país: Plan Nacional para EID (incluye Plan para el control de las geohelmintiasis), Lineamientos Nacionales para la desparasitación antihelmíntica masiva, protocolo de vigilancia de las geohelmintiasis. Construir capacidad en los departamentos para incluir el control de geohelminios en los Planes Departamentales de Salud y en los Planes Operativos Anuales
México	<p>Años del plan: 2014-2018</p> <p>Ámbito*: nacional</p> <p>Población meta: PE: 9.341.432; E: 29.000.475</p> <p>Población total meta: 38.341.907 niños de 2-14 años, dos rondas año</p>	<ol style="list-style-type: none"> Continuar con la desparasitación. Monitorear y Evaluar Reuniones periódicas con los responsables de los programas involucrados 	<p>¿Cuántas tabletas? 84,352,195 millones de tabletas de Albendazol para dos rondas por año para niños entre 2 a 14 años</p> <p>¿Cuántas donadas? Para el 2014 solicitarán 63.801.045 millones de tabletas de Albendazol para escolares</p>	<ol style="list-style-type: none"> Evaluar el impacto de la desparasitación sostenida en la prevalencia e intensidad de las geohelmintiasis Solicitar la donación de ALB/MEB a OPS/OMS

País	Cuándo, dónde y para quién	Acciones principales que el país quiere implementar	Medicamentos necesarios	Tres próximos pasos
Venezuela	<p>Periodo del plan: 2013-2017</p> <p>Ámbito: Estados de Cojedes y Yaracuy</p> <p>Población meta: 97.313 Preescolares 184.836 Escolares</p>	<ol style="list-style-type: none"> Integrar las acciones de desparasitación con las acciones de Barrio Adentro y Tradicional y el Programa de Nutrición y alimentación Integrar las acciones de agua, saneamiento e higiene con las autoridades nacionales respectivas Implementar la encuesta de prevalencia e intensidad de infección de línea de base Implementar Encuesta CAP para prácticas saludables relacionadas con las geohelmintiasis Monitoreo y evaluación después de las intervenciones en 2015 y 2017 Sistematización y publicación de la experiencia 	<p>¿Cuántas tabletas?</p> <p>En Cojedes: 188.704 tabletas (dos rondas el primer año y luego ajustarán según resultados de encuesta)</p> <p>En Yaracuy 187.797 (una ronda el primer año)</p> <p>¿Cuántas donadas?</p> <p>No se sabe aún si solicitarán donación a través de OPS/OMS</p>	<ol style="list-style-type: none"> Reunión Inter e intrasectorial para complementar el plan de acción para el control de las geohelmintiasis Disponer de medicamentos e insumos para la implementación Garantizar la aplicación de encuesta de línea basal y monitoreo post-intervención
República Dominicana	<p>Años del plan: 2014-2017</p> <p>Ámbito*: Nacional</p> <p>Población meta: PE: 749.975; E: 2.076.287; ADU: 975.793</p> <p>Población total meta: 3.802.055 personas; dos rondas año</p>	<ol style="list-style-type: none"> Monitoreo y Evaluación Adquisición y distribución del medicamento Reunión y coordinación con socios y aliados Capacitación de los actores claves 	<p>¿Cuántas tabletas?</p> <p>8.364.520 tabletas de ALB necesarias para desparasitar a PE, E, ADU dos veces al año</p> <p>¿Cuántas donadas?</p> <p>4.567.831 de tabletas de ALB donadas para escolares, dos veces al año</p>	<ol style="list-style-type: none"> Socializar el plan con los socios y posibles socios Informe de la prevalencia e intensidad de infección de geohelminthos a nivel nación, y Monitoreo y evaluación con puestos centinela
Perú	<p>Años del plan: 2014</p> <p>Ámbito*: local (piloto)</p> <p>Población meta: PE: 7.051, E: 16.744</p> <p>Población total: 23.795 niños entre 1 y 14 años; dos rondas año</p>	<ol style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de la abogacía intersectorial (Ministerio de Salud- Ministerio de Educación- Ministerio de inclusión social) Elaboración de un plan piloto e implementación para la generación de evidencia Elaboración de un plan nacional para finales del 2014 	<p>¿Cuántas tabletas?</p> <p>60.000 tabletas de Albendazol para tratar dos veces al año a los escolares</p> <p>¿Cuántas donadas?</p> <p>Se solicitarán en donación</p>	<ol style="list-style-type: none"> Culminación y ajustes al Plan Piloto para su presentación a las instancias de decisión. Compromiso político de los sectores y de los niveles de gobierno involucrados. Definir presupuesto y fuentes de financiamiento.
Paraguay	<p>Años del plan: 2013</p> <p>Ámbito*:</p> <p>Población meta: Escolares 720.000</p>	<ol style="list-style-type: none"> Calidad del agua e Instalaciones de abastecimiento de agua y acceso Promoción de Higiene Instalaciones de saneamiento 	<p>¿Cuántas tabletas?</p> <p>792.000 (incluye 10% de pérdidas probables)</p> <p>¿Cuántas donadas?</p> <p>792.000</p>	<ol style="list-style-type: none"> Conformación de un comité nacional intersectorial de control de las HTS. Elaboración de un Plan a 5 años. Activar la mesa técnica de EID

País	Cuándo, dónde y para quién	Acciones principales que el país quiere implementar	Medicamentos necesarios	Tres próximos pasos
Ecuador	<p>Años del plan: 2014-2018</p> <p>Ámbito*: subnacional (territorios priorizados zonas de pobreza quintil 1 y quintil 2)</p> <p>Población meta: PE: 45.967, E: 114.740)</p> <p>Población total: 160.707 niños entre 1 y 14 años, 2 rondas al año</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planificación y coordinación intersectorial e interprogramática con determinación de funciones por competencias 2. Identificación de la situación de la situación epidemiológica y monitoreo y evaluación permanente 3. Adaptación de sistema de recolección y notificación de información y análisis de datos 4. Intervenciones multisectoriales para la mejora de agua, saneamiento e higiene con participación social y educación en estrategia WASH 	<p>¿Cuántas tabletas?</p> <p>353.555 total tabletas de Albendazol para tratar dos veces al año a los prescolares y escolares de los territorios priorizados</p> <p>¿Cuántas donadas?</p> <p>252.428 tabletas de Albendazol donadas para tratar a los escolares de los territorios priorizados dos veces al año</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer la línea de base 2. Solicitud de las donaciones de ALB para desparasitar escolares 3. Difusión, coordinación, e implementación del plan
Panamá	<p>Años del plan: 2014-2018</p> <p>Ámbito*: Nacional</p> <p>Población meta: PE: 279.630 E: 680.899</p> <p><u>Población meta total:</u> 960,529 niños de 1 a 14 años</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planificación e implementación inter programática e intersectorial (p.e. PAI, programa salud escolares, programa de crecimiento y desarrollo MINSAL, MEDUCA, MIDES- programa red oportunidad) 2. Coordinación con socios y aliados para promover la estrategia WASH (UNICEF, Dirección de agua y saneamiento) 3. Planeación e implementación de las campañas de desparasitación 4. Monitoreo y evaluación trimestral (integrado al periodo escolar) 	<p>¿Cuántas tabletas?</p> <p>2.113.164 tabletas de Albendazol para desparasitar PE y E dos veces año</p> <p>¿Cuántas donadas?</p> <p>1.497.978 tabletas de Albendazol para desparasitar a los escolares 2 veces al año</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Completar información desagregada en regiones para definir una línea de base real y actualizada sobre la prevalencia e intensidad de geohelmintiasis en Panamá 2. Presentación de la propuesta de plan a las autoridades del MINSAL (ente rector) 3. Convocar a la comisión nacional de EID para conformar equipo de trabajo líder que valide propuesta defina el plan de acción y puesta en marcha.
Nicaragua	<p>Años del plan: 2014 – 2018</p> <p>Ámbito*: 18 SILAIS (Sistemas Locales de Atención Integral en Salud)</p> <p>Población meta: preescolares 414.364; escolares 1.068.359</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar una agenda de trabajo interinstitucional con el Fondo de Inversión Social de Emergencia (FISE) y la Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados (ENACAL) 2. Insertar el tema de desparasitación y hábitos saludables en la reforma curricular del Ministerio de Educación para población pre-escolar y de primaria 	<p>¿Cuántas tabletas?</p> <p>1.500.000 tabletas</p> <p>¿Cuántas donadas?:</p> <p>1.500.000 tabletas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Finalizar la elaboración del Plan de Acción borrador bajo el liderazgo de la Dirección General de Vigilancia de la Salud con las direcciones de Servicios de Salud, Promoción de Salud, Cooperación Externa y Dirección de Docencia 2. Presentar plan de acción una vez finalizado a mesa de socios OPS, UNICEF, Save The Children y otros socios por identificar para cubrir brechas del plan existente. 3. Aprobación e implementación del Plan de Acción aprobador por la autoridad superior del Ministerio de Salud.
El Salvador	<p>Años del plan: 2013 - 2018</p> <p>Ámbito*: Zona costera y Planicie costera</p> <p>Población meta: Escolares 414.783</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agua, lavado de manos 2. Agua, higiene. 3. Lavado de manos 	<p>¿Cuántas tabletas?</p> <p>400.000 tabletas dos veces</p> <p>¿Cuántas donadas?</p> <p>400.000 tabletas dos veces</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realización del Plan con los actores principales 2. Realización de talleres para la logística del Plan 3. Ejecución del Plan a nivel nacional

País	Cuándo, dónde y para quién	Acciones principales que el país quiere implementar	Medicamentos necesarios	Tres próximos pasos
Bolivia	<p>Años del plan: 2013 – 2018</p> <p>Ámbito*: 17 Municipios priorizados de 5 Departamentos</p> <p>Población meta: Escolares 8.500 o 42.500</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado cuidadoso de manos después de defecar y antes de comer o manipular y preparar alimentos. 2. Uso permanente de calzado en las zonas endémicas de para evitar la penetración 3. Limitación de los hábitos de geofagia de los niños pequeños y de las áreas de recreación de los niños. 	<p>¿Cuántas tabletas? 42.500</p> <p>¿Cuántas donadas? 42.500</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creación de un comité para implementar el programa de desparasitación contra geohelminetos. 2. Determinar la población en riesgo mediante un estudio de análisis o datos de saneamiento básico. 3. Realizar las gestiones correspondientes para la adquisición de medicamentos (a través de la OPS/OMS , según los resultados obtenidos en los Municipios priorizados.
Guatemala	<p>Años del plan: 2013 - 2017</p> <p>Ámbito*: Todo el país</p> <p>Población meta: Preescolares 965, 869, Escolares 701, 033 y Adultos 275, 827</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos y Educación para la salud 2. Lavado de manos, Agua Segura y Saneamiento Ambiental 3. Cambio de comportamiento, tren de aseo e inocuidad de los alimentos 	<p>¿Cuántas tabletas?: 9, 744</p> <p>¿Cuántas donadas?: 9, 744</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinación con las autoridades nacionales y Agencias de Cooperación. 2. Reuniones con la dirección de DRPAP, SIAS, MINEDUC y OPS. 3. Coordinación con el PAI, OPS, MINEDUC y embajadores de SABIN.

PE: Número de pre-escolares; **E:** Número de escolares; **ADU:** Número de adultos

Área/Ámbito: define si el plan tendrá una cobertura nacional o sub-nacional (departamentos o provincias o estados o regiones).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES¹⁶

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
Existe interés y compromiso de los 18 países participantes en la reunión en implementar, continuar, fortalecer, monitorear y evaluar las acciones de desparasitación con las siguientes características: 1) integradas a otras acciones de salud pública, en especial de control y eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas, 2) integradas a acciones intersectoriales en el marco de los determinantes de la salud, y 3) promover políticas de Estado para el desarrollo sostenible de las comunidades.	<p>Abogar para que el control de las geohelmintiasis se considere como una prioridad de salud pública enmarcado en los determinantes de la salud, integrada a los planes de desarrollo del país, con un abordaje interprogramático e intersectorial para garantizar sostenibilidad de las acciones.</p> <p>El programa regional de EID de la OPS debe fortalecer y ampliar el proceso de coordinación entre los programas regionales de la organización para promover una cooperación técnica integral a los países incluyendo a entidades como ETRAS en Perú, el fondo estratégico para medicamentos e insumos críticos; inmunizaciones, nutrición, ciclo de vida, etc.</p>
Para hacer sostenible el control de las helmintiasis transmitidas por el suelo, es necesario incluir otros componentes en la estrategia como son: Acceso a agua segura, saneamiento mejorado e higiene.	<p>El Componente de acceso a agua segura, saneamiento mejorado, higiene y entorno saludable, debe estar incluido de forma clara, prioritaria e intersectorial con abordaje eco-sistémico en el control de la geohelmintiasis.</p> <p>Sistematizar las prácticas y experiencias de la región para difundirlas y compartirlas ampliamente con los países</p>
La integración es una oportunidad para fortalecer los servicios de salud. La integración al PAI y a actividades de nutrición es una ventana de oportunidad para la desparasitación de pre-escolares, mientras que la integración a estrategias de educación y escuelas saludables es una oportunidad para la desparasitación de escolares.	Identificar, adaptar e implementar las alternativas de integración de la desparasitación en el marco de sus sistemas de salud apoyándose en el documento "Pautas para la Puesta en Marcha de Actividades de Desparasitación".
Los países han mostrado progreso en la implementación de la desparasitación desde el sector salud y en algunos casos con el sector educación. Sin embargo la coordinación con otros sectores, socios y aliados sigue siendo un desafío.	Vincular y coordinar de forma activa las acciones de control de las geohelmintiasis con otros sectores y diferentes actores sociales en cada país, incluyendo las ONG, agencias de ONU y organismos internacionales para potenciar los recursos disponibles y la experiencia de cada uno.
La integración de la desparasitación en otros programas o actividades sectoriales e intersectoriales es una intervención costo efectiva que requiere de un proceso detallado y coordinado de planificación, movilización de recursos, implementación, monitoreo y evaluación.	Formular o completar el plan anual de acción de cada país para el control de los geohelminthos, en el cual se refleje la coordinación y planificación integrada, de manera interprogramática, incluyendo los componentes de sistema de información, supervisión, monitoreo, evaluación y movilización social y la educación en salud.
Varios países de la región han implementado por más de 5 años la desparasitación para los geohelminthos con coberturas superiores al 75%, sin embargo la evaluación del impacto sigue siendo un desafío.	<p>Evaluar el impacto de la desparasitación en países con programas sostenidos con el fin de ajustar las intervenciones para el control de las geohelmintiasis, incluyendo la estandarización de las pruebas de laboratorio y el control de calidad.</p> <p>Es necesario desparasitar no solo a los menores de 15 años, sino a otros grupos de edad como mujeres gestantes a partir del segundo trimestre, mujeres en edad fértil, adultos trabajando en actividades como la agricultura, minería, etc.</p> <p>Implementar y fortalecer en todos los países el monitoreo y evaluación de las acciones, incluyendo el levantamiento de líneas de base, el monitoreo de los indicadores de proceso y desempeño, y la evaluación de los indicadores de impacto para mejorar la toma de decisiones para el control de las geohelmintiasis, y la implementación de acciones adecuadas a la situación eco-epidemiológica de cada país.</p>

¹⁶ Steven Ault, Asesor Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas. OPS

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
<p>La sostenibilidad es un pilar fundamental que debe ser considerado en los planes de acción para la integración de acciones de control de las geohelmintiasis.</p>	<p>Reforzar la capacidad instalada en los países priorizados para que garanticen la sostenibilidad de las acciones de control de las geohelmintiasis en el mediano y largo plazo.</p>
<p>La participación de delegados de los ministerios de educación fortaleció el análisis conjunto de las intervenciones integradas para el control de las HTS en los países priorizados; sin embargo, es necesario vincular a delegados de otros ministerios y sectores relacionados con el acceso a agua y saneamiento para que se concreten acciones integradas.</p>	<p>Se recomienda que la OPS/OMS promueva la participación de delegados de otros ministerios en los talleres o encuentros regionales. De igual forma se insta a los países a que convoquen a nivel nacional y subnacional a los responsables de las acciones de agua, saneamiento, vivienda, reducción de la pobreza, entre otros, para que concreten acciones en el marco de los determinantes de la salud.</p>
<p>Algunos países están accediendo a donaciones albendazol y mebendazol de OPS/OMS; existe interés manifiesto de otros países para acceder a donaciones incluidos otros grupos poblacionales.</p>	<p>Se recomienda a los países que accedan a las donaciones de medicamentos para niños en edad escolar para que los recursos ahorrados se destinen a otras actividades para el control de la geohelmintiasis, como puede ser actividades de monitoreo y evaluación.</p> <p>Los países que estén interesados en acceder a las donaciones de medicamentos antiparasitarios, deben tener como respaldo el plan operativo que describa la planificación, implementación, monitoreo y evaluación y reportar coberturas</p> <p>Se recomienda a OPS/OMS y socios como CWW y Sabin/GNNTD, abogar con la industria farmacéutica para que la donación se amplíe otros grupos poblacionales (pre-escolares, mujeres en edad fértil - MERF, adultos etc.), así como disponer de presentaciones preferibles para menores de cinco años</p> <p>Se recomienda a OPS/OMS difundir el proceso estandarizado para la solicitud de donaciones de medicamentos para la región de las Américas.</p>

Parte 2

Intensificar los Esfuerzos Integrados para el Control de las Geohelmintiasis en la Región de las Américas, Trabajando Juntos por Un Mismo Objetivo

Instalación

Esta reunión tiene el objetivo de intensificar los esfuerzos integrados para el control de las infecciones por geohelminthos en la Región de las Américas como parte de las metas para el control y la eliminación de las EID que fueron establecidas por los países en la resolución del Consejo Directivo de la OPS CD49.R19 del 2009, la Hoja de Ruta de la OMS sobre las Enfermedades Tropicales Desatendidas y la Declaración de Londres de 2012.

Asimismo, promoverá la coordinación y la cohesión entre los socios y los gobiernos para aumentar el trabajo colaborativo conjunto para el control de las geohelmintiasis enfocado en: 1) incrementar la cobertura de desparasitación a través de la integración con otros programas y plataformas, evitando la duplicación de esfuerzos, 2) mejorar la precisión, calidad, y oportunidad en la recopilación y reporte de datos. 3) complementar los esfuerzos en el marco de los determinantes de la salud y la estrategia de Agua, Saneamiento e Higiene (Water, Sanitation and Hygiene-WASH).

El Dr. **Teófilo Monteiro**, Representante *a.i.* de la Organización Panamericana de la Salud en Colombia da la bienvenida a los asistentes, al representante del Ministerio de Salud de Colombia, de los ministerios de Salud de los países participantes; de la OMS, la OPS nivel regional y países; de diferentes ONG y representantes de la industria farmacéutica.

Luego de comentar la manera como las Enfermedades Infecciosas Desatendidas y, en particular, las Helminthiasis Transmitidas por el Suelo, representan la más clara extensión de las inequidades en salud que prevalecen en los países y que afectan a los más pobres, especialmente los niños, hace referencia a un pasaje de la obra del escritor colombiano Gabriel García Márquez, Cien Años de Soledad:

“...de modo que muy pronto padecieron ambos (Aureliano y José Arcadio Buendía) la misma somnolencia, sintieron el mismo desprecio por la alquimia y la sabiduría de su padre, y se refugiaron en la soledad. «Estos niños andan como zurumbáticos -decía Úrsula-. Deben tener lombrices.» Les preparó una repugnante pócima de paico machacado, que ambos bebieron con imprevisto estoicismo, y se sentaron al mismo tiempo en sus bacinillas once veces en un solo día, y expulsaron unos parásitos rosados que mostraron a todos con gran júbilo, porque les permitieron desorientar a Úrsula en cuanto al origen de sus distraimientos y languideces”.

Rememora el mandato de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud de cooperar con los países a implementar acciones de desparasitación contra las geohelmintiasis, pero hace énfasis en que esa tarea no será posible sin la concurrencia de otros socios y los actores más allá de los ministerios de la salud. Para ello, la reunión se constituye en un foro para establecer un dialogo conciso entre socios, aliados y ministerios de salud, para coordinar estos esfuerzos.

El Dr. **Steven Ault**, Asesor Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas de la Organización Panamericana de la Salud, presenta saludos a nombre del Dr. Luis Gerardo Castellanos, Coordinador del Programa de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud, da la bienvenida a los

asistentes, representantes de los Ministerios de Salud de 18 países y por lo menos 15 instituciones, entre agencias laterales, bilaterales, varias ONG, empresas farmacéuticas y demás asistentes ya mencionados, y agradece todos los esfuerzos para que los niños estén libres de las geohelmintiasis.

Menciona el aporte de expertos en los últimos años en la elaboración de una Guía operacional robusta, para ayudar a los países a expandir el acceso de la desparasitación a los niños que viven en ambientes precarios, la cual fue socializada con los 18 países durante el taller de tres días culminado el día anterior, espacio en el cual cada uno de estos países diseñaron una propuesta de Plan para el control de los geohelminios, algunos como experiencia nueva y otros, con una expansión del plan ya existente.

Uno de los siguientes pasos, como compromiso, es el de buscar la forma de financiar las actividades colectivas, no solo para llevar los medicamentos a los niños que lo necesitan, sino también para identificar la manera de abordar los determinantes sociales y ambientales, como el acceso al agua segura, el saneamiento, el ciclo de pobreza que tiene a estos niños en zonas de riesgo, así como compartir las mejores prácticas y coordinar las acciones e intervenciones para el control sostenido de estos parásitos que afectan a los seres humanos más vulnerables: los niños. Es un trabajo que se realiza con pasión; es una obligación ética y una forma de apoyar los Derechos Humanos de la salud para todos.

El Dr. **Fernando Ruiz Gómez**, Viceministro de Salud Pública de Colombia, luego de los saludos protocolarios, rememora el error con que se formaron los médicos de la década de los 80', cuando se pensaba que el problema de las parasitosis se solucionaba solamente con la llegada de nuevos medicamentos para el tratamiento de las parasitosis. Se planteaba como problema en la prestación de servicios un problema que era de salud pública. Hoy en día nos damos cuenta que es un problema estructural, intersectorial; es un problema de los determinantes sociales de la salud. No podemos mejorar la situación de desnutrición y la presencia de las geohelmintiasis en nuestros niños, si no intervenimos en la educación, en el medio ambiente, en los problemas económicos, problemas de cultura y acceso a los servicios de salud, los cuales son temas fundamentales.

Presentó las cifras de la Encuesta Nacional de Salud (2010) relacionadas con la prevalencia de la anemia en niños, en particular en los grupos de 12 a 23 meses (29%) y de 6 a 11 años (59,7%), las cuales son preocupantes y seguramente las geohelmintiasis tienen una alta responsabilidad.

Menciona los más importantes avances del Ministerio de Salud y Protección Social en la lucha contra las Enfermedades Infecciosas Desatendidas, entre las cuales destaca el hecho de ser Colombia el primer país en eliminar la *Oncocercosis* en la región, lo cual plantea un reto muy grande como lo es, el de mantener la vigilancia. Las otras enfermedades corresponden a la priorización de las desatendidas en el Plan Decenal de Salud Pública; la intervención de focos de Tracoma, especialmente en el Departamento de Vaupés; la creación de la Subdirección de Enfermedades Transmisibles al interior del Ministerio de Salud y Protección Social, con lo cual se le ha dado impulso a la formación de nuevos programas y al fortalecimiento de los existentes en el nivel subnacional.

Se complace en informar que ya se cuenta con el financiamiento para la realización de la encuesta nacional de parasitismo intestinal en la población escolar, que obviamente incluye las geohelmintiasis y el cual proporcionará la línea de base para el diseño y ejecución del programa de desparasitación, focalizando grupos poblacionales en riesgo de transmisión, para posteriormente evaluar el impacto de las intervenciones planificadas. Este es uno de los retos más importantes.

El Dr. **David Addiss**, Director de la ONG Children Without Worms, expone sobre los desafíos de la integración y presenta la imagen de la historia de los ciegos y el elefante. Cada uno de ellos expresó lo que le parecía que estaba tocando: quien tocó la trompa dijo que era una rama de un árbol, quien tocó una de las patas dijo que era una columna, quien tocó la cola dijo que era una cuerda o una soga, y quien tocó el estómago dijo que era una pared. Todos ellos tenían una perspectiva particular y, de alguna manera, todos estaban en lo correcto, pero el resultado no es un elefante vivo. El desafío de la integración, comienza con una visión compartida o por lo menos con una apreciación de la visión que cada uno de los otros tiene, para lo que sea que estemos haciendo, en este caso el control de las helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo.

Presenta ejemplos de buenas experiencias de la integración del trabajo en enfermedades tropicales desatendidas con los programas y plataformas con otras enfermedades infecciosas con las cuales ya ha habido antecedentes: En el caso de Filariasis linfática, la estrategia fue establecida con la idea de intervenir inicialmente en dos vías: primero, cortar la transmisión, con quimioterapia preventiva; y segundo, con control de vectores. Pero también se identificó que esta quimioterapia preventiva no iba a tener mayor efecto en la morbilidad por filariasis linfática, por lo que se incluyó cuidar aquellos que ya tenían la enfermedad.

Esta labor requiere de muchas habilidades e integración de diferentes sectores. Por ejemplo, para la intervención de una comunidad con casos de ceguera por tracoma, además de la quimioterapia preventiva con antibióticos, se integraron otros pilares: cirugía, antibióticos, limpieza facial y mejoramiento ambiental (estrategia SAFE, por sus siglas en inglés).

Frente al enfoque integral, hay que guardar un sano equilibrio, pues tiene sus desafíos. En ocasiones se le da mayor énfasis a la distribución de los antibióticos, pero hay que trabajar paralelamente y con el énfasis apropiado en agua, saneamiento e higiene.

Para el caso del control de las HTS, se requiere trabajar en dos pilares fundamentales de los programas: medicamentos antihelmínticos, que involucra al sistema de salud; y el sector de agua, saneamiento y educación sanitaria. Involucra trabajar con niños de edad preescolar y escolar, trabajar en la salud materna y en los lugares de trabajo, por lo que la entrega del medicamento es intersectorial.

Concluye en que los beneficios del control de las HTS son intersectoriales: no solamente hay beneficios alrededor de la salud, sino en la educación, en la economía y en el desarrollo. Por supuesto, los socios intersectoriales son representados por algunos de los gobiernos presentes en la reunión, pero se incluyen las agencias internacionales, compañías farmacéuticas, las ONG, la academia, los medios, algunas alianzas comerciales y las comunidades.

Si se unes todos estos aspectos pasamos de ver las diferentes partes del elefante, a ver un elefante vivo, que respira, es decir, un verdadero programa de control de HTS. El desafío está en las alianzas; Bruce Benton, del Banco Mundial, dijo que “las alianzas son un trabajo difícil”, y él era un maestro y apreciaba las oportunidades; de hecho, la colaboración intersectorial es la única manera en la que vamos a alcanzar a tener un elefante vivo. La mejor manera de lograrlo es mediante diálogos como el que nos permite este encuentro: un diálogo profundo y de intercambio de información en el que podamos describir qué parte del elefante experimentamos y compartamos estas experiencias, luego del cual podremos ver salir el elefante de este salón.

El Dr. **Antonio Montresor**, punto focal para el control de las Geohelmintiasis en la OMS, complementa con ejemplos de varios países que demostraron que la administración de antiparasitarios contra las HTS promueve beneficios a la salud: en Vietnam, donde se distribuyó el medicamento durante varios años junto con acciones intersectoriales, la prevalencia pasó del 90% a casi el 30% y, por supuesto, la morbilidad también fue reducida. En Myanmar, después de diez años de intervención, la prevalencia pasó del 70% a casi el 20% y también hubo una reducción muy importante de la morbilidad.

En el mundo, en términos del control de las geohelmintiasis, la tendencia del número de niños tratados ha sido en constante ascenso, mientras que la prevalencia mantiene una tendencia descendente.

Se estima que el incremento de las donaciones de medicamentos vaya hasta el 2020, momento en el cual se estima que empiecen a bajar, porque muchos países reducirán la frecuencia del suministro del medicamento, dados sus logros obtenidos.

Concluye el Dr. Montresor haciendo énfasis en que estamos en un gran momento para el control de las HTS, lo cual se debe a la donación y el interés de muchos socios y aliados y el interés político de los países. El objetivo es el de lograr que nuevos países se unan en la administración masiva de antiparasitarios. En la región de las Américas, existe un gran conocimiento, disponibilidad de recursos y el incremento en el compromiso político, lo cual es una gran oportunidad y no se puede perder este gran momento.

La Lic. **Karen Palacio**, oficial principal del programa del Instituto de Vacunas Sabin de la Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas y responsable de la gestión programática, abogacía y movilización de recursos para América Latina y el Caribe, complementa, además de las palabras anotadas en su intervención en la instalación del

Taller con las autoridades de los 18 países (ver página 4), con un llamado a la acción de oportunidades para aumentar las actividades de desparasitación en América Latina y el Caribe.

Hace referencia a la reunión de Londres (2012), como el esfuerzo más grande para luchar contra 10 enfermedades y eliminarlas en el año (2020). El compromiso de esta declaración de Londres fue firmado por los gobiernos de Estados Unidos, Reino Unido, la Unión Europea, El Banco Mundial, la OMS, la Fundación Bill y Melinda Gates y otras organizaciones globales, y empresas farmacéuticas, entre ellas Glaxo Smith Kline y Johnson & Johnson, quienes han contribuido en este cometido. En virtud de ello, la OMS lanzó su hoja de ruta para luchar contra estas enfermedades y se está considerando tener una asamblea para este año 2013.

Frente al trabajo del taller realizado en los tres últimos días, resalta que los borradores de los planes elaborados por los países invitados se han integrado varias áreas que en el pasado no se habían considerado; se identifican recursos en los cuales, socios como los que están aquí, pueden respaldar: mapeos, reuniones, entrenamientos, actividades relacionadas con WASH y logística, entre otros.

Da a conocer su mandato y sus tres pilares de acción, en el desarrollo de vacunas a través del Instituto Sabin, el Programa de abogacía en educación, y el Programa de la Red Global. Destacó que en los últimos 4 años han consolidado alianzas con el OPS y el BID, con programas como la Fundación Gates, con el propósito final de elevar más la conciencia en movilizar más recursos para promover soluciones en los sectores. Experiencias exitosas como los proyectos demostrativos en Chiapas (México) y Recife (Brasil), y en proceso de implementación en Guyana y Guatemala.

Es la oportunidad para América Latina y el Caribe de aprovechar estas alianzas, compromisos internacionales y liderazgos, para alcanzar la meta propuesta para el 2020. Hay una fuerte intención política, evidenciada en las experiencias expresadas por los representantes de los ministerios de salud y educación de algunos de los países convocados en esta semana. La Región tiene antecedentes exitosos en la eliminación de otras enfermedades y este nuevo reto será un logro más en esta lista.

AVANCES, BUENAS PRÁCTICAS Y DESAFÍOS EN LAS ACTIVIDADES DE DESPARASITACION PARA COMBATIR LAS GEOHELMINTIASIS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

AVANCES EN LAS DESPARASITACIÓN EN LATINO AMÉRICA Y EL CARIBE (LAC): ESTADO ACTUAL, DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES¹⁷

Las EID y el marco de trabajo para el control de las geohelmintiasis en América Latina y el Caribe

- Las Enfermedades Infecciosas Desatendidas afectan a la mayoría de grupos y comunidades que viven en la pobreza, en cierto grado de marginalidad, al igual que comunidades indígenas y otros tipos de minorías étnicas. La situación para algunos grupos particularmente vulnerables, como lo son las mujeres, niños y niñas, se caracteriza por los efectos adversos que se producen en su desarrollo cognitivo, físico y nutricional y la baja asistencia escolar. En los adultos se caracteriza por la reducción en la productividad laboral, en los ingresos familiares e individuales y crea un problema relacionado con el estigma social.
- Las intervenciones que tenemos para la eliminación y el control de estas enfermedades están fuertemente relacionadas con lo que llamamos los Determinantes Sociales de la Salud, entre los que se incluyen la falta de acceso al agua, educación, ingresos, transporte, vivienda segura y acceso a los servicios de salud.
- Combatir y controlar estas enfermedades a lo largo de nuestra región es un imperativo moral. Esta es una de las mejores inversiones que podemos hacer en educación, en especial para los niños en escuela primaria; para el desarrollo económico, en particular para las comunidades pobres y rurales; y por supuesto, una inversión en salud pública.
- A nivel global, la OMS se enfoca en 17 de estas enfermedades y cada una está focalizada para la eliminación, el control o la erradicación, para la meta del año 2020 (Cuadro 7). El mayor enfoque para la OMS está en la erradicación de dos enfermedades, la *treponematosis* y la *dracunculiasis*; para la eliminación está la *tripanosomiasis africana humana*; y otro grupo importante de enfermedades quedaron en la categoría de control. Para la OPS, el listado cambia para América Latina y el Caribe. En eliminación tenemos una lista más larga. Las enfermedades que se muestran resaltadas con letra cursiva en el Cuadro 7, son las que adicionalmente aparecen en la resolución

Cuadro 7. Listado de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas para la OMS y la OPS

Meta	En lista OMS	En lista OPS
Erradicación	Treponematosis Dracunculiasis	
Eliminación	Tripanosomiasis africana humana	Enfermedad de Chagas Leishmaniasis (visceral) Lepra Rabia (transm. por perro) Ceguera por Tracoma Filariasis linfática Oncocercosis Esquistosomiasis <i>Tétanos neonatal</i> <i>Sífilis congénita</i> <i>Malaria</i> <i>Peste</i>
Control	Úlcera de Buruli Cisticercosis Equinococosis Trematodiasis transmitidas por alimentos Dengue	Geohelmintiasis

Fuente: OMS – OPS

¹⁷ Steven Ault: Asesor de Enfermedades Infecciosas Desatendidas de la Organización Panamericana de la Salud

CD49.R19 de 2009 para América Latina y el Caribe.

La OPS tiene seis líneas estratégicas regionales para la eliminación y el control de las EID 2010 – 2015, las cuales se describen a continuación: *enfocar acciones en los factores relacionados con agua, saneamiento básico y condiciones adecuadas de las viviendas (paquete preventivo); reducir los factores de riesgo ambientales; mejorar la salud de poblaciones migrantes; reducir las inequidades causadas por factores socioculturales y de género; reducir la pobreza en población endémica para las EID e implementar sistemas de vigilancia y evaluación de riesgo.*

- La OMS tiene publicaciones importantes para el control de las HTS que son guía primordial para la Región: la Guía de Quimioterapia Preventiva de las Geohelmintiasis; la Guía de Gerentes para el Control de las Geohelmintiasis en Niños en Edad Escolar y la Guía de Monitoreo de Coberturas para la Quimioterapia Preventiva.
- La OPS, en el marco de trabajo sobre el cual se vienen apoyando los esfuerzos de la Región desde el 2008 incluyen un número importante de Resoluciones para estas Enfermedades Infecciosas Desatendidas: una para Oncocercosis (2008); para las EID (2009); Sífilis Congénita (2010) y para la enfermedad de Chagas (2010). También se ha desarrollado un Plan Estratégico para priorizar la eliminación y el control de estas enfermedades en la Región. Se ha desarrollado una Guía para los países para que formulen los planes integrados de acción para la eliminación y el control de estas EID. También se ha lanzado una propuesta de guía para las acciones integradas e intersectoriales para el control de las geohelmintiasis y su abordaje con otros programas o plataformas en salud.
- El abordaje integral contempla la elaboración de *Planes integrados* para el logro de las metas, nacionales o subnacionales, con un importante compromiso político sectorial e intersectorial. Se requiere de un *abordaje técnico sectorial integral*, que implica contar con grupos técnicos comprometidos, capacitados y herramientas integradas para facilitar el trabajo local. Un tercer componente clave consiste en la *vinculación intersectorial*, tomando como marco de referencia los determinantes sociales, dando a cada sector la mayor claridad posible en los roles de cada uno, para que la implementación conjunta sea armónica y coordinada, más allá de la suma de actividades. Y el cuarto componente corresponde a la *participación comunitaria*, que es la única forma de garantizar el buen desempeño de las intervenciones, de garantizar el ejercicio de sus derechos como ciudadanos y la satisfacción de los mismos a través del proyecto, donde se aborden aspectos relacionados, permitiendo así la vinculación de la sociedad civil organizada.
- Existen un número importante de guías y herramientas desarrolladas por la OMS y la OPS que ayudan a los países para avanzar en la desparasitación de los niños escolares y preescolares. Se cuenta también con la disponibilidad gratuita de las donaciones de albendazol y mebendazol, para todos los países que lo requieran, con un formato conjunto de solicitud. Y se cuenta con un equipo técnico de apoyo, representado por el personal en la OPS y los puntos focales en las representaciones de país que ayudan a la aplicación de los planes de acción.
- Se viene trabajando con dos de los socios o aliados para desarrollar un documento político conjunto entre la OPS y el BID y la Red Global de Enfermedades Infecciosas Desatendidas, que se llama: “Un Llamado a la acción: hacer frente a los geohelminthos transmitidos por el suelo en América Latina y el Caribe”, el cual contiene un número de recomendaciones de cómo amplificar o incrementar esfuerzos para poder alcanzar la meta del control establecido, abordando áreas como políticas nacionales y planes de acción.

Situación de las geohelmintiasis en América Latina y el Caribe

- La OPS realizó una revisión sistemática de las geohelmintiasis en la región. 236 trabajos fueron seleccionados y revisados, de los cuales 120 cumplieron con los criterios de inclusión en revistas técnicas y otras fuentes especializadas en 18 países, durante el periodo de 2000 a 2010; se encontró que aproximadamente el 62% de los estudios de prevalencia encontrados para preescolares o escolares a segundo nivel administrativo fueron

superiores al 20%, por lo que los niños en estos países hubieran necesitado al menos una ronda de antiparasitario al año.

- Dos grandes conclusiones se obtuvieron de estos estudios: a) Existen brechas de información en datos de prevalencia e intensidad de infección, que se requieren para sustentar las intervenciones de salud pública especialmente para preescolares y para escolares sobre la intensidad de infección; b) Si esta información se tuviera en cuenta para implementar desparasitación, habría zonas en las que se debiera desparasitar al menos una vez al año, y en otras incluso dos. Hay áreas donde claramente hay comunidades que necesitan acceso al tratamiento de desparasitación contra los helmintos transmitidos por el suelo.
- La recomendación, de acuerdo con estos hallazgos, es que cada uno de los países complete y actualice el mapeo de la prevalencia e intensidad de infección en la región, para ajustar las intervenciones de salud pública requeridas en los países.
- Se estima que casi 50 millones de niños de 1 a 14 años de edad se encuentran a riesgo de contraer infección por geohelmintos. De ellos, casi 14 millones se encuentran en edad preescolar y poco más de 35 millones se encuentran en edad escolar. Las estimaciones se sustentan en el porcentaje de población sin acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento básico, diferenciado por área rural y urbana, según el algoritmo de la OMS publicado en 2011 en el Weekly Epidemiological Report, de junio de 2011.
- Se han identificado cuatro grupos de países en los cuales se concentran el mayor número de niños en riesgo de infección. De ellos, un grupo tiene el 71% de los niños preescolares y el 72% de los niños en edad escolar que están viviendo en riesgo de geohelmintiasis. Es en este grupo de países en los cuales se deben priorizar las acciones para alcanzar una cobertura mayor del 75% de desparasitación. Pero también es pertinente trabajar en los otros grupos de países con menor población a riesgo y desarrollar planes de acción para el control de los helmintos transmitidos por el suelo.
- En el 2011 fueron desparasitados 25 millones de niños en 9 países: 6 millones de preescolares y 19,3 millones de escolares. Sin embargo, todavía hay mucho camino por recorrer, pues se estima en 49,3 millones el número de niños a riesgo, de los cuales el 89% se ubican en 9 países (BRA, COL, MEX, PER, HAI, BOL, GUA, HON, NIC), siendo Brasil, Colombia y México los que requieren mayor esfuerzo, pues en ellos se encuentra el 53% de los niños a riesgo.
- Existe un número importante de países que ya están actualizando los datos epidemiológicos de prevalencia e intensidad de la infección (COL, HON, ELS, GUY, ECU, PER, BRA, BOL y SUR)
- Varios de los países que desparasitan compran los medicamentos. Actualmente reciben donación de OMS cinco de 30 países (HAI, DOR, PAR, BRA, NIC).

Retos para el control de las geohelmintiasis

- Tener información para la toma de decisiones: líneas de base de prevalencia e intensidad de infección.
- Formular e implementar planes integrados de acción con un abordaje ecosistémico de los determinantes sociales de la salud.
- Incluir las acciones de control de las geohelmintiasis dentro de los planes de control y eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas, y los planes de reducción de la pobreza.

- Incluir en los planes el componente de desparasitación masiva en áreas y poblaciones a riesgo, e integradas a otras actividades en salud pública.
- Coordinar con los socios y aliados regionales las acciones de control de las geohelmintiasis, incluida la desparasitación con los Ministerios de Educación y otros ministerios, ONGs, organismos nacionales e internacionales, entre otros.
- Implementar, mantener y reforzar el monitoreo y evaluación como componente estratégico para sustentar la toma de decisiones.

Oportunidades para lograr avanzar en el control

- La quimioterapia preventiva y la distribución de antiparasitarios es parte del panorama general, pero esto es muy importante integrarlo con otras acciones de salud pública, y es aquí donde vemos la importancia de trabajar en acciones integradas que afectan algunos determinantes sociales de la salud, como lo son: el mejoramiento del agua segura y el saneamiento, la vivienda básica, la educación en salud, la higiene, el lavado de manos y el uso de calzado. Estas acciones se deberán tomar con los aliados involucrados. Es la única forma en que podremos tener un impacto a mediano y a largo plazo, que pueda ser sostenido y mejorar la salud de la población.
- Son muchos los socios y aliados que pueden y vienen interviniendo junto con la OPS en el combate a las Enfermedades Infecciosas Desatendidas en América Latina y el Caribe. Importante saber que existen varios tipos de organizaciones: del Sistema de Naciones Unidas (OMS, UNICEF), Organizaciones Multilaterales (BID, OEPA); Fundaciones (Gates/BMGF, Centro Carter, Izumi, Sasakawa); sector privado (industria farmacéutica); Organizaciones No Gubernamentales (CWW, ITI, TFGH, IMA World Health, Vitamin Angels); institutos nacionales, universidades, o centros colaboradores de la OPS/OMS (FIOCRUZ, US CDC, Sabin/GNNTD, IPK Cuba, Univ. de McGill, UND, entre otros). Además se cuenta con Agencias Bilaterales de América del Norte (CIDA-Canadá, USAID, JICA), de Europa (AECID) y de América del Sur, y recientemente del Gobierno de Brasil.

LA SEMANA DE VACUNACIÓN EN LAS AMÉRICAS (SVA): UNA OPORTUNIDAD PARA INTEGRAR INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA¹⁸

Objetivos

- La Semana de Vacunación de las Américas nació con diferentes objetivos
- Promover la equidad y el acceso a la vacunación. La Región de las Américas, es una de las regiones con más altas cobertura de vacunación, pero cuando vemos el interior de los países, en los niveles subnacionales, se pueden encontrar municipios con muy bajas coberturas. El objetivo es llegar a todos, lograr que la vacunación sea un derecho para todos los niños de la Región de las Américas.
- Promover la transición de la vacunación del niño a la vacunación de la familia. Cada vez tenemos más vacunas que pueden ser aplicadas en otros grupos poblacionales y ese es el segundo objetivo: avanzar de la vacunación de menores de cinco años a la vacunación de la familia.
- Promover la comunicación y cooperación entre países. Más allá de las fronteras, la vacunación es una oportunidad para la comunicación y la cooperación entre autoridades fronterizas de los países, pues para muchos de sus ciudadanos, las fronteras no existen.

¹⁸ Martha Velandia, Consultora Regional del Programa Ampliado de Inmunizaciones – OPS Washington.

- Mantener la vacunación en la agenda política. Siempre ha sido así, pero el énfasis está en que esta agenda política trascienda los altos niveles de gobierno, hasta llegar a los alcaldes municipales.
- Servir de plataforma para las actividades integradas. Este no fue un objetivo inicial, pero los países, que siempre van más adelante, vieron en la Semana de Vacunación de las Américas una oportunidad para hacer actividades integradas.
- La semana de vacunación de las Américas nació por un brote de sarampión que se presentó entre Venezuela y Colombia. A partir de allí, todos los países de la Región Andina, empezaron a pensar en una actividad en la cual lográramos mejorar las coberturas de vacunación. Esta primera Semana de Vacunación de las Américas, en 2003, iba a ser solo en la Región Andina, pero se unieron 19 países y se logró la primera semana de vacunación Regional. Posteriormente, las otras regiones del mundo vieron en esta iniciativa una oportunidad de la cual ellos podrían beneficiarse. En el 2005 Europa hizo su primera Semana de Vacunación. Y así sucesivamente todas las regiones del mundo, fueron generando sus propias Semanas de Vacunación. En mayo de 2012, mediante la Resolución 65.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, se adopta la primera Semana Mundial de la Vacunación.
- La Semana de Vacunación de las Américas, y ahora la Semana Mundial de la Vacunación, funciona de manera flexible. Cada país define la mejor utilización que le va a dar a esta semana, para el mejoramiento de sus coberturas útiles. Pero en general, en la misión y visión regional del programa, las acciones deben ir orientadas en tres objetivos: a) proteger los logros, b) completar la agenda inconclusa, y c) enfrentar los nuevos desafíos. Los países utilizan, de manera flexible, sus recursos y esfuerzos en cualquiera de estos tres objetivos o una combinación de ellos, durante su Semana de Vacunación de las Américas, la cual es útil para llegar a donde no se llega de manera habitual durante la rutina del programa.
- De manera general, durante los once años que lleva de implementada la iniciativa, han sido vacunadas un poco más de 411 millones de personas, gracias a la labor coordinada y el esfuerzo y compromiso de las personas de los programas de inmunizaciones de los países y la voluntad política de las autoridades sanitarias y del alto Gobierno.
- Estos resultados son el esfuerzo de la coordinación interinstitucional con las agencias de Naciones Unidas, agencias de cooperación bilateral y multilateral, ONG, Instituciones de Investigación entre otros.

Principales logros

- **Reducción de las desigualdades en la vacunación:** El uso de equipos móviles para llegar a las zonas remotas, como las comunidades indígenas, rurales y las poblaciones fronterizas.
- **Participación política al más alto nivel:** Presidentes de las Repúblicas, Primeras Damas, autoridades nacionales y locales.
- **Cooperación transfronteriza:** La coordinación internacional se ha visto fortalecida con la presencia de los altos niveles de autoridades políticas en las zonas vulnerables y remotas.
- **Cooperación interinstitucional:** La participación de los socios tradicionales y nuevos socios y aliados.
- **Difusión amplia de la información:** La intensa atención de los medios a la SVA ha puesto de relieve la importancia de la inmunización y el poder de la prevención.
- **Integración de otras intervenciones en salud:** Suplementación con Vitamina A, desparasitación, tamizaje (diabetes, índice de masa corporal y exámenes de presión arterial, entre otras); registro civil de los niños en

comunidades remotas, temas de salud ocupacional, educación sobre la salud sexual y reproductiva, prestación de atención médica y dental en zonas remotas, entre otras.

La SVA e integración de otras intervenciones

- Las intervenciones integradas no fueron planteadas como parte del marco original de la SVA, pero muchos países han aprovechado la iniciativa como plataforma para estas actividades. En años recientes, la OPS ha venido promoviendo estos esfuerzos (trabajo conjunto entre FCH/IM, VIH/SIDA, Enfermedades Desatendidas, Curso de Vida Saludable y Salud Ocupacional).
- Algunos países han incorporado actividades integradas como parte de la SVA sistemáticamente, mientras que otros lo han hecho de forma más esporádica (o no lo han reportado).
- Los países que reportan tanto la cobertura para las actividades de vacunación e intervenciones integradas, han mostrado que es factible alcanzar altas coberturas en las dos intervenciones (México y Nicaragua).
- Sin embargo, las coberturas de vacunación alcanzadas en el programa de rutina no parecen ser un factor determinante para que un país decida integrar (casos México/Haití).
- Como herramienta para los países, se encuentra en desarrollo una guía para realizar monitoreos/evaluaciones conjuntos de las intervenciones integradas.

Desparasitación en el marco de la SVA

- Después de suplementación con vitamina A, desparasitación ha sido la segunda intervención integrada más común durante la SVA.
- Algunos países han hecho de esta integración una actividad sistemática; cada año que el país realiza, de manera simultánea durante la semana de vacunación de las Américas, entrega de antiparasitarios, caso México.
- Los países, quienes reportan tanto la cobertura para la vacunación como para la desparasitación, se ha observado que las dos actividades incrementan sus coberturas durante la SVA. En este sentido, la Semana de Vacunación de las Américas, es una plataforma muy útil pero no podemos desgastarla. Hay que asegurar que sea un trabajo integrado, no descargado
- Se está trabajando en el desarrollo de lineamientos para medir esta intervención, para lo cual va a estar a disposición de los países un instrumento para monitorear cómo estamos haciendo estas actividades conjuntas. La idea es implementar un reporte simultáneo que pueda ser compartido entre los diferentes programas a integrarse.
- Cada año, en Brasil, la SVA se lleva a cabo en conjunción con el Mes de Vacunación del Pueblo Indígena, un esfuerzo masivo para vacunar a las poblaciones indígenas con todas las vacunas del esquema nacional. Este esfuerzo también incluye la integración de otras intervenciones, como evaluaciones nutricionales, atención odontológica, detección de cáncer de cuello de útero, y la educación sanitaria.
- En varios países, la Semana de Vacunación en las Américas se organizan ferias de salud, donde no solo se integran actividades y programas sino que es la oportunidad del acceso a los servicios de salud, no solo para los niños sino también adultos.

Lecciones aprendidas y futuros pasos

- Dado que la información de las intervenciones integradas no se reportan siempre sistemáticamente bajo el marco de la SVA, sería importante crear un indicador específico para ser compartido con los involucrados (PAI-HTS- otros) y promover informes más completos.
- Mayor difusión de información y publicación en la literatura revisada por pares sobre las experiencias con integración en los países de la Región sería importante para representar las Américas a nivel mundial.
- La creación de una Semana Mundial de la Inmunización representa una nueva plataforma global para la expansión de las intervenciones integradas. Hay que asegurar que esa integración sea sostenible.
- Se hace necesario mejorar el sistema de reporte. Además, hay que mejorar sustancialmente la sistematización de la información. Son varios los países participantes y hay mucho por comunicar.

LECCIONES APRENDIDAS EN LA INTEGRACIÓN DE LA DESPARASITACIÓN EN LA SEMANA NACIONAL DE LA SALUD INFANTIL EN MÉXICO¹⁹.

Antecedentes

- Las Semana Nacional de Salud Infantil de México tiene su punto de partida en el programa de vacunación universal, en el cual se desarrollan dos tipos de estrategia, representadas por el grupo de estrategias permanentes y las acciones intensivas:
- En las actividades permanentes, se suministra cualquier vacuna a los niños y a los adultos en cualquier momento del año en los centros de salud y hospitales.
- Y las acciones intensivas. Son acciones en las que se establece un control epidemiológico de ciertas enfermedades en un período muy corto de tiempo. Se incluyen aquí las Semanas Nacionales de Salud.
- La vacunación en México se viene adelantando desde 1804. En 1926 ya era una medida de salud pública obligatoria: por decreto presidencial se aplicó la vacuna contra la viruela y aquí es donde se inician las campañas masivas.
- En 1973 se crea el Programa Nacional de Inmunizaciones, con el que se organiza una vacunación masiva y se cuenta ya con más vacunas; en 1978 se creó la Cartilla Nacional de Vacunación. En 1980 se crearon las fases intensivas de vacunación; en 1986 se sustituyó por los Días Nacionales de Vacunación. El Consejo Nacional de Vacunación, dirigido a la protección de la salud del niño, nació en 1991. Y en 1993 comenzó la desparasitación en México: los llamados Días Nacionales de Vacunación y las Fases Intensivas de la vacunación, se transformaron en las “Semanas Nacionales de Salud”
- No solamente se incluyen acciones de vacunación, sino también acciones para la prevención y tratamiento de enfermedades diarreicas y es donde se realiza la aplicación de mega-dosis de Vitamina “A” y albendazol.
- En relación con la desparasitación, a principios de 1990 inicia el programa de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias. Y en 1993, junto con las semanas nacionales de salud, inicia el programa de desparasitaciones para niños y niñas de 2 a 14 años de edad. Se incluyeron 887 municipios de riesgo para enfermedades diarreicas con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad en los niños con enfermedades diarreicas, enfermedades

¹⁹ Paulina Saldaña Hernández – Secretaria de Salud de México – Responsable del programa Vacunación Universal

respiratorias, mejorar el crecimiento y desarrollo, aumentar la hemoglobina, disminuir el ausentismo escolar y mejorar el rendimiento escolar en los niños, entre otras. Hoy en día la cobertura es universal, en todos los municipios del país.

- En 2009 se realizó un convenio con una organización no gubernamental, que se llama Operación Bendición México y el proyecto se llamaba: "Hacia una desparasitación universal en México". Se recibieron en calidad de donación más de 7 millones de dosis de Albendazol y estaba enfocado a 125 municipios con menor índice de desarrollo humano, pero a toda la población, no solo a los niños de 2 a 14 años.
- En México se realizan tres semanas nacionales. En las tres se realiza vacunación y se distribuyen sales de rehidratación oral o ácido fólico a quien lo solicite, pero la estrategia de desparasitación está en la segunda y en la tercera Semana Nacional de Salud.
- La población meta para el 2012 fue de 18.403.339 niños entre los 2 y los 14 años de edad. En 1993 las acciones se enfocaban en los municipios de menor Índice de Desarrollo Humano, donde se tenían las mayores incidencias de enfermedades diarreicas. Actualmente estas acciones se llevan a cabo en todo el país durante la 2ª y 3ª Semana Nacional de la Salud, cuando se llevan a cabo las acciones de vacunación universal intensiva y la administración de Vitamina A.
- Este proceso lleva ya 20 años de ejecución, desde 1993, cuando iniciamos la integración con lo que, hasta ese momento, llamábamos las Semanas Nacionales de Vacunación. Desde entonces, hemos realizado acciones integradas con otros programas o plataformas.
- La cobertura en 2003 fue del 55,07%. Los siguientes 3 años se mantuvo cercana al 60%. De los años 2007 y 2008 no tenemos información, pero desde el 2009 la cobertura ha estado cercana al 100%. En 2011 fue del 98,2%.
- En estas actividades participan todos los actores del sector de la salud. Utilizamos Albendazol en suspensión de 400 mg y tabletas de 200 mg.
- Cada Estado o Entidad Federativa adquiere el medicamento a través de su Secretaría de Salud Estatal, con recursos propios. Desde el nivel central vigilamos que adquieran las cantidades apropiadas para el logro de la cobertura total.

Lecciones aprendidas

- La desparasitación masiva en México ha impactado favorablemente en la disminución de la morbilidad de las geohelmintiasis.
- Suministramos el albendazol en 2 dosis al año, con lo cual hemos visto que es efectivo y seguro.
- La inclusión de esta actividad en las Semanas Nacionales de Salud ha mostrado un mayor impacto que hacerla de manera aislada, al tener la posibilidad de convocar de manera masiva a la población, logrando una mayor cobertura de tratamientos. Dos semanas previas a las Semanas Nacionales de Salud, se brinda capacitación a los maestros para potenciar la entrega de información a las comunidades.

Desafíos

- Evaluar el impacto de la desparasitación incluida en las Semanas Nacionales de Salud, pues en 2007 teníamos identificada la comunidad a riesgo en cada uno de los helmintos. Actualmente, no los tenemos desglosados.

- Extender la cobertura regular con medicamentos a toda la población, pues solo estamos cubriendo al grupo de 2 a 14 años.
- Diseñar estrategias innovadoras que permitan incrementar la distribución y aceptación entre los usuarios, pues ha habido años en los cuales no hemos logrado la cobertura deseada.

Próximos pasos

- Esperamos que se implemente el monitoreo y la evaluación del impacto de la desparasitación en el país. De hecho, tenemos pendiente, con el apoyo de la OPS, adelantar la evaluación del impacto en la prevalencia e intensidad de infección por las geohelmintiasis.

INTEGRACIÓN DE LA DESPARASITACIÓN EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN NICARAGUA: PROGRESOS, RETOS Y EXPECTATIVAS²⁰

- El Ministerio de Salud, impulsó y coordinó encuestas de prevalencia de geohelmintiasis, en escuelas y municipios priorizados, aprovechando las plataformas de escuelas saludables con financiamiento de la OPS, la Fundación Mainel y Save The Children en los años 90.
- Desde la década de los 80's, la integración de desparasitación y suplementos de Vitamina "A" potencializó un mayor compromiso y participación de la comunidad organizada. Nicaragua integró, la jornada de desparasitación, en el programa ampliado de inmunizaciones, desde el año 1994 en todo el territorio nacional y priorizó los grupos de 2 a 4 años y de 5 a 12 años.
- Nicaragua es el segundo país más pobre del mundo y la autoridad nacional en ese momento, decidió hacer la integración de la desparasitación en el programa ampliado de inmunizaciones, justamente por su mapa de pobreza.
- Desde 1994 se conoce que el programa ampliado asume la actividad o se integra a la actividad de desparasitación, para esa época se hacían tres jornadas de vacunación.
- Desde el período 1995 – 2001 se hicieron dos jornadas nacionales y desde el año 2002 hasta la fecha, se tiene una jornada nacional de vacunación.
- El gobierno actual desarrolla la campaña del poder ciudadano, donde se integran no solamente actividades de salud, sino también otro tipo de actividades de promoción, como el suplemento de Vitamina "A", la captación de mujeres embarazadas, entre otros.
- En el año 2012, acabando de terminar la semana de vacunación, se utilizaron más de un millón de antiparasitarios en esta campaña.

Avances

- La integración de la desparasitación, en el programa ampliado de inmunizaciones, descansa, sobre la red de servicios en todo el país; es decir, sobre la plataforma, sobre la red de infraestructura de servicios de salud.
- Las coberturas de inmunización y metas de aplicación de desparasitantes, forman parte del Plan Institucional de Desarrollo del Ministerio de Salud.

²⁰ Ayda Soto – Profesional de la Oficina de la OPS – Nicaragua

- Medicamento, insumo, formulario y hojas de monitoreo, son proporcionados y monitorizado por dos direcciones: la Dirección de Insumos Médicos y la Dirección de Promoción y Comunicación Social.
- El presupuesto para la supervisión que esto es muy importante y el monitoreo de cumplimientos de meta, forman parte del paquete integral de inmunizaciones.
- Se tienen dos formularios: La tarjeta de vacuna y la de control de cita de vigilancia, para el crecimiento y desarrollo de los niños. Eso fue, gracias al apoyo de la Fundación Izumi y la OPS.
- El Ministerio de Salud, lidera y monitorea la jornada de vacunación preescolar y escolar, en coordinación con el Ministerio de Educación.
- La retroalimentación a la población en general, es informada por la Secretaría de Comunicación de la Presidencia de la República.
- Las coberturas de inmunización y metas de aplicación de desparasitantes forman parte de los mecanismos de evaluación de las Jornadas Análisis y Balances (JABAS).
- Se ha fortalecido la educación primaria, permitiendo alcanzar a 1884 escuelas en todo el territorio nacional.
- Los materiales educativos que se han utilizado consisten en: cada estudiante tiene un cuaderno y los rotafolios, que son utilizados por los maestros para impartir la prevención de las geohelmintiasis.

Desafíos

- Lograr completar el presupuesto para hacer una encuesta y estimar la prevalencia e intensidad de las geohelmintiasis en todo el país.
- Actualmente el protocolo está siendo revisado por el comité de ética del Ministerio de Salud.
- Lograr la integración de la mesa de agua y saneamiento, para utilizar mejor los recursos que el país dispone actualmente.
- Promover con el Fondo de Inversión Social y la Empresa Nicaragüense de Acueducto y Alcantarillado (ENCAL), mejorar la infraestructura de agua y saneamiento en las escuelas del país.
- Lograr que el Ministerio de Educación incorpore oficialmente en el Plan Curricular la hora académica sobre los beneficios de la desparasitación, lavado de manos y saneamiento básico del hogar.
- Desarrollar una estrategia integral sostenida en la prevención de la parasitosis intestinal, que incluya: la desparasitación, las mejoras en la infraestructura sanitaria y la educación en salud.

Expectativas:

- Servir de modelo en la sub-región para mostrar que es posible la desparasitación en las plataformas existentes.
- Dar el salto cualitativo en materia de evaluación de impacto con ejecución de la encuesta de prevalencia e intensidad de geohelminios y reorientar la estrategia en todas las regiones del país.
- Los programas sociales del gobierno, unidad y reconciliación nacional (GRUN), valoren la integración de la desparasitación en la merienda escolar con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Familia.

Preguntas y comentarios de los participantes

C/ Cualquier acción en salud que no tenga en cuenta la decisión de las mamás, está condenada a fracasar. Es decir, que a un niño le den o no una vacuna o le den un antiparasitario, en última instancia va a depender exclusivamente de la mamá o de los papás.

Sería muy valioso que compartiéramos toda la información que nos van a dar, todos estos materiales sobre todo el de educación a los maestros, sobre lo que nos acaba de comentar la Dra. Ayda Soto. De seguro habrá que adaptarlos para cada país, porque cada país tiene una denominación diferente para los parásitos y las prácticas inadecuadas no son las mismas en todas partes. De modo que eso es supremamente valioso sobre todo con países como México y Nicaragua que nos llevan 20 años de ventaja a los países latinoamericanos.

C/ Gracias por la presentación de México y Nicaragua se pudo apreciar la tarjeta de salud que indica si el niño ya ha sido desparasitado. Esta es una muy buena idea y sería útil recibir un poco más de información acerca de cómo se utiliza dicha tarjeta, en particular para hacer la desparasitación de los niños que quizá no acudieron a la clase o tal vez concentrarse en aquellos niños que no están matriculados en la escuela.

R/ En el carnet, hay dos modalidades de atención: La atención que se da en vigilancia en crecimiento y desarrollo del niño, que es la atención individual, donde están todos los niños en grupo de riesgo que deben ser atendidos diariamente en los servicios de salud.

En ese carnet se registra la dosis aplicada durante la campaña nacional; pero si el niño no tiene la edad, se registra para cuándo tendrá que acceder a la vacuna. En ese momento se registra la dosis y el antiparasitario suministrado.

Cuando el niño es atendido en la campaña, no se requiere dar antiparasitarios cuando es llevado a la consulta.

En Nicaragua se tuvo las dos experiencias, de tener el carnet de vacunación y, por otra parte, el carnet de vigilancia, crecimiento y desarrollo. Unificarlo ha sido útil, en la medida en que, para los niños ubicados en los lugares de difícil acceso, donde no se puede tener una excelente cobertura en vigilancia y prevención y en crecimiento y desarrollo, ya no reciben más dosis de lo que requieren estos niños.

En relación con la manera como se utilizan las cartillas, hay un apartado en donde se identifica la estrategia de desparasitación. Se anota la fecha en que se le dio el medicamento y es así como se obtiene el registro. Además de anotarlo en las Cartillas Nacionales de Salud, las enfermeras tienen una hoja muy grande donde se anotan todas las acciones de promoción de la salud que se hacen a los niños: vacunación, talla, peso, administración de Albendazol, entre otras.

Además, se tienen dos formas de registro para no perderlo. Cuando el niño asiste a la escuela, lleva la cartilla y el maestro o la enfermera que apoyan la jornada de las semanas nacionales de vacunación y realizan todas las intervenciones, hacen la respectiva anotación. Los niños se regresan a su casa con su cartilla debidamente diligenciada.

En caso de que el niño no vaya a la escuela, pueden pasar dos cosas: Una, que en el momento en que sea llevado al centro de salud o al hospital y necesite atención médica, se le revisa la cartilla para verificar el estado vacunal; en caso de que le falte alguna vacuna, se le aplica.

La otra forma es que en las localidades se sabe quién vive, quién tuvo un niño; entonces, cuando no aparece en los registros de atenciones, este niño es localizado mediante visita domiciliaria y se le aplican las vacunas que le hagan falta. Si está más grandecito y no acude a la escuela, una vez detectado se le realiza la visita domiciliaria y es llevado al centro de vacunación respectivo.

P/ ¿Tuvieron alguna experiencia en cuanto a la participación comunitaria en cuanto a madres, etc. en los programas de vacunación y desparasitación?

R/ Nicaragua se ha caracterizado desde los años 80's, por el trabajo realizado en las redes comunitarias. A través de ellas se promueve que la comunidad acepte la vacunación, para lo cual, en las unidades de salud hay un grupo de brigadistas. Estos brigadistas llevan la información a la comunidad para la movilización social. Adicionalmente, se cuenta

con los llamados gabinetes de salud, familia y vida, con un responsable de salud en cada barrio, quien dirige las acciones en la comunidad.

En México todos participan, son muchos años de experiencia con este programa. Primero con la vacunación, luego con este programa y con las semanas nacionales de salud. Ya son 20 años desparasitando. Creo que ha sido un tiempo suficiente, en el cual ha habido una amplia difusión en todo el territorio nacional.

Las mamás ya saben, se dan avisos por radio, televisión por carteles de muchas formas, para que acudan a esa semana, ya lo saben y saben que si no llegan en esa semana, saben que hay más medicamento después. Se cuenta con un acumulado del medicamento de acuerdo con la población meta, y la respuesta ha sido buena. Las coberturas están entre 95 – 98% y han llegado al 100% en algunos años en México.

P/ ¿Ustedes descargaron la desparasitación en el PAI, o al hacer la integración incrementaron talento humano, recursos o capacidad para no perjudicar la vacunación?

R/ Al principio hubo resistencia y sobre todo en el plan operativo local, porque era una actividad más. Pero como se explicó en la presentación, hay dos mecanismos: Insumos médicos, que monitorea todo lo que es abastecimiento y distribución. Y a nivel de los registros, pues se tenía una actividad más que hacer, pero era una actividad que solamente registra la información y para todo esto; se dio capacitación y entrenamiento al personal.

La participación comunitaria ha sido altamente útil. Cada jefe, cada líder de esos gabinetes sociales, tiene las metas por cada sector, por cada barrio. Entonces, este líder ayuda mucho al personal de salud en esos registros. Hay una responsabilidad doble, compartida entre la comunidad y el personal de salud.

Con respecto a la participación, lo importante es que la comunidad se empodere de su problema y si no se tiene el apoyo de la comunidad, estas actividades serán un fracaso.

P/ ¿Hay en sus países organizaciones como iglesias, club rotarios, ONG's que estén desparasitando y cómo coordinan con ellos?

R/ La coordinación es necesaria. Se dan casos en que, desde la sociedad civil, algunas ONG brindan desparasitación y es allí donde se requiere unificar esfuerzos, porque no sabemos cómo hacer para registrar esta acción. La mamá dice: "Ya los desparasité" pero ¿dónde está la evidencia? Cuando llega al Centro de salud y dice: "Yo ya desparasité a mi hijo, porque estuve en una campaña con una ONG...", pero no podemos registrar eso.

P/ ¿Cuál es la impresión de México y Nicaragua al añadir la desparasitación a la vacuna? ¿Mejora la cobertura en la vacunación?

R/ en relación con la colaboración de algunas ONG en México, la única intervención en la que se ha tenido apoyo de ONG, ha sido en 2009, de la Operación Bendición México.

Hasta hoy, lo que se hace es revisar la cartilla nacional de salud, donde existe el espacio para ver cuál ha sido la acción que han hecho las ONG. Si la madre dice que desparasitaron a su niño, queda registrado, pero si no lo han desparasitado, se procede a desparasitarlo. Los efectos adversos por el Albendazol han sido mínimos, principalmente representado por el dolor abdominal. Con la única ONG con la que se ha tenido coordinación ha sido la Operación Bendición México.

Con las semanas nacionales de salud se han incrementado las coberturas de vacunación y se han incluido otras vacunas en el esquema. Pero se tienen acciones complementarias que se verifican durante todo el año y cualquiera de las dos actividades nos ayuda a mejorar coberturas.

C/ OPS Nicaragua: Desde que se inició la intervención del antiparasitario y del suplemento de vitamina "A" porque fueron casi simultáneos, las coberturas mejoraron, pero más que por la inclusión, es como mencionó Martha Velandia: un proceso de "gana-gana"; ya no solamente se ofrecía la vacuna, sino que también se le ofrecía el antiparasitario. Y en Nicaragua la mayor parte de las regiones son de pobreza extrema. Por lo tanto, se estima que la cobertura mejorará y después se espera que esta cobertura se mantenga.

En la presentación realizada se pudo apreciar cómo se alcanzan las coberturas; es decir, mejoró mucho más la integración de estas dos actividades: vacunas y desparasitantes en los dos grupos. Incluso, siempre hay observaciones en el porcentaje de cobertura, pues se mantiene entre 105 – 103%. Visto por regiones, hay un problema de población, pero las coberturas se mantienen para ambos elementos.

Con respecto a las ONG, no hemos tenido experiencia de que vayan a desparasitar masivamente a la población. La canalización se hace por intermedio del Ministerio de Salud.

C/ En el Perú, en marzo de 1999, se hizo el lanzamiento en una región del país de un programa de desparasitación, con la presencia del Ministro de Salud, pero eso no se continuó. Vemos con admiración que aquí se ha mantenido por más de dos décadas. Yo creo que definitivamente el tema de la voluntad política es clave.

Y hoy más que nunca cuando vemos que resolver este problema pasa por la intersectorialidad y un ministro de salud no va a ser suficiente para convocar a los otros ministros de educación, de ambiente, entre otros. Ahora hay más argumentos, como para fundamentar y lograr la voluntad política, para que esta actividad se haga y que esto sea un aprendizaje que debemos tomar de estos países. Sin duda para eso se necesitan las líneas de base, para poder mapear el país y sin duda priorizar algunas regiones, dependiendo de alguna realidad.

P/ La Fundación Cayetano Heredia / Bernard van Leer Foundation en Perú felicitó al Ministro de Salud de México y al de Nicaragua, por el desarrollo de esta estrategia a lo largo de más de una década. Uno de los retos cuando se hacen intervenciones es la documentación, para que esto permita la sostenibilidad. ¿Cuál ha sido la experiencia en relación con el monitoreo y la evaluación de impacto; de las lecciones aprendidas y cuál sería su sugerencia sobre qué nosotros podríamos también emplear a diario para replicar esta experiencia? ¿Cómo han superado algunas de las dificultades que han tenido?

P/ Ecuador: varias inquietudes: Nicaragua viene realizando actividades de desparasitación desde hace más de 10 años. ¿Con qué línea de base iniciaron? ¿Cuál fue la prevalencia que tuvieron hace en 1994 y cuál es la que han logrado obtener luego de estos años de desparasitación? ¿Implementaron algunas mejoras en las condiciones de infraestructura sanitaria de las poblaciones en la que se hizo la desparasitación?

Es importante establecer una relación entre la experiencia obtenida solamente con la desparasitación durante estos años, comparado frente a la desparasitación asociada a obras de mejoramiento de la infraestructura sanitaria. Este dato es de nuestro mayor interés porque en la última gráfica (Gráfica 3 – página 11), Ecuador va a llegar muy tarde a la meta, mientras que Nicaragua está a un paso de lograr este objetivo.

En Ecuador, estamos tratando de abrir los programas verticales a una horizontalidad, especialmente el Programa “PAI” el cual es nuestro programa estrella, pero tenemos una desventaja para montar esta estrategia de desparasitación en el PAI.

R/ OPS Nicaragua: El monitoreo se implementó sobre la estructura de vigilancia nacional. Es decir, cuando hay acciones de gran cobertura nacional, se incorporan los reportes a diarios con los consolidados semanales y el consolidado mensual. Como eso ya estaba establecido en el programa ampliado de inmunizaciones, simplemente se agregó la actividad de desparasitación en los mismos formatos y en los mismos mecanismos de reporte y vigilancia epidemiológica. Es decir, el PAI, utilizando la estructura de reporte y el monitoreo de vigilancia nacional.

R/ Nicaragua realizó estudios de prevalencia en 1996, 2004 y 2005 pero eran estudios muy puntuales en diferentes regiones, departamentos y municipios. Los criterios que el país o la dirección de vigilancia, que fue la que impulsó la integración de desparasitación en el PAI, no fueron partiendo de una línea de base. Los criterios que se utilizaron fueron: Las zonas de pobreza y el porcentaje de acceso de agua potable. Es decir, eran criterios de determinantes sociales, que permitían brindar algún tipo de información para poder incorporar la desparasitación en todo el país.

Una de las dificultades enfrentada ha sido el presupuesto. OPS, Save The Children, UNICEF y otras instituciones, han facilitado los recursos económicos para realizar las acciones mencionadas.

El Ministerio dispone aproximadamente medio millón de córdobas, que son cerca de trescientos mil dólares, una brecha tiene que ser ajustada, apoyados por OPS y agencias de Naciones Unidas.

No se cuenta con estudios donde se documenten las acciones de saneamiento ambiental ni cómo han contribuido con la reducción de la prevalencia, además de la desparasitación; no obstante, por primera vez desde hace tres años, en un trabajo inter-programático entre Salud, desarrollo sostenible de la OPS y Help Children Barcelona (HCB), se ha logrado, que el Ministerio de Salud, participe en la mesa de agua y saneamiento, donde se muestran las evidencias que el país ha logrado en zonas de pobreza, en asocio con el BID.

El sector de la salud como tal solo puede mostrar evidencias, presentar resultados y hacer abogacía; no tiene influencia directa sobre esos presupuestos, pero en la mesa sectorial y en la mesa de agua y saneamiento, desde el año pasado salud tiene un rol protagónico para mejorar el saneamiento básico, sobre todo en las escuelas.

R/ México: Con respecto a movilización del impacto, desde 1990 tenemos el programa de diarreas, porque vimos que se encontraba entre las primeras causas de mortalidad en niños.

Se tienen cifras de 2007, donde muestra el número de casos por helmintos, que se encuentran dentro de las primeras causas de morbilidad. En el 2012 las helmintiasis ocuparon en lugar número 13 por morbilidad.

Lo que hemos aprendido con respecto de incluirlo en el programa de las semanas nacionales de salud, es que nosotros ahí, podemos tener una mejor cobertura de niños desparasitados eso nos ha funcionado mucho.

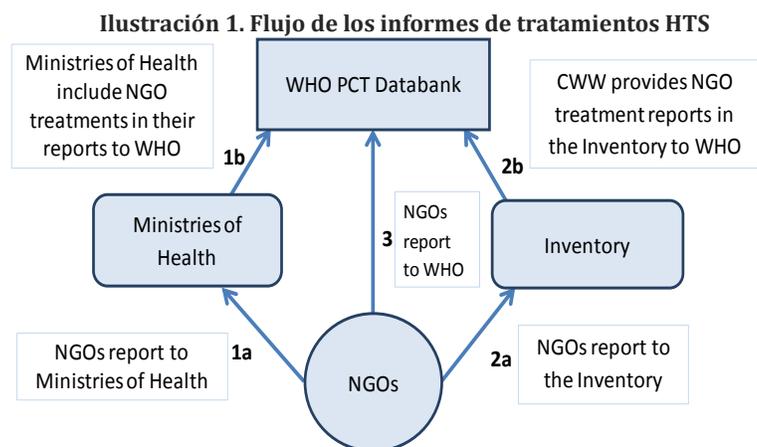
En México no se tienen estudios de prevalencia; han sido alrededor de veinte años desparasitando, pero es algo que debemos hacer: obtener estudios de prevalencia para determinar la intensidad de la infección. Se ha incrementado la infraestructura sanitaria: en el último censo de 2010 México ha aumentado el porcentaje de viviendas con disponibilidad de agua, ha aumentado la disponibilidad de alcantarillado y ha aumentado la disponibilidad de saneamiento básico en las casas. Estas coberturas se han alcanzado con el trabajo integrado con la Secretaría de Desarrollo Social, quienes se encargan de estas acciones.

MONITOREO Y EVALUACIÓN EN EL CONTROL DE LAS GEOHELMINTIASIS: EXPERIENCIAS, PROGRESOS, USOS Y RETOS

INVENTARIO GLOBAL DE LAS ONG QUE HACEN DESPARASITACIÓN: RESULTADOS, RETOS Y LECCIONES APRENDIDAS²¹

- El objetivo primordial es el de encontrar la mejor manera de mejorar la coordinación y la colaboración y la comunicación entre los Ministerios de Salud y las ONG.
- El inventario parte de la Resolución 54.19, la cual proporciona las metas para el control de las HTS en los niños, para lo cual se requiere recopilar datos de tratamiento.
- Actualmente, la OMS recibe los datos de los tratamientos de desparasitación de los Ministerios de Salud, incluyendo el banco de datos de quimioterapia preventiva. Esta información está disponible en la Web de la OMS.
- La OMS recoge la información de los Ministerios de Salud, pero las ONG realizan acciones de desparasitación, cuya información puede no ser informada, de manera consistente, a los Ministerios de Salud. De ahí la necesidad de obtener esta información.
- Los objetivos de este inventario global son los de:
 - Obtener los datos sobre los tratamientos de desparasitación de las ONG e incorporarlos en el banco de datos de quimioterapia preventiva, de la OMS.
 - Determinar el alcance de actividades de desparasitación de las ONG en todo el mundo
 - Proporcionar una plataforma para las ONG para compartir información sobre las actividades de desparasitación y coordinar actividades, evitando duplicidades y la ejecución de actividades donde no sean necesarias.

- En la Ilustración 1 se puede apreciar que existen tres principales canales de reportes para las ONG: 1) De manera directa a los ministerios de salud, quienes canalizan la información a la OMS. 2) Reporte al inventario y de allí al banco de datos de quimioterapia preventiva de la OMS. Son aproximadamente unas 6 ONG que participan a través de este canal de reporte. Y 3) Reporte directo al banco de datos de quimioterapia preventiva de la OMS.

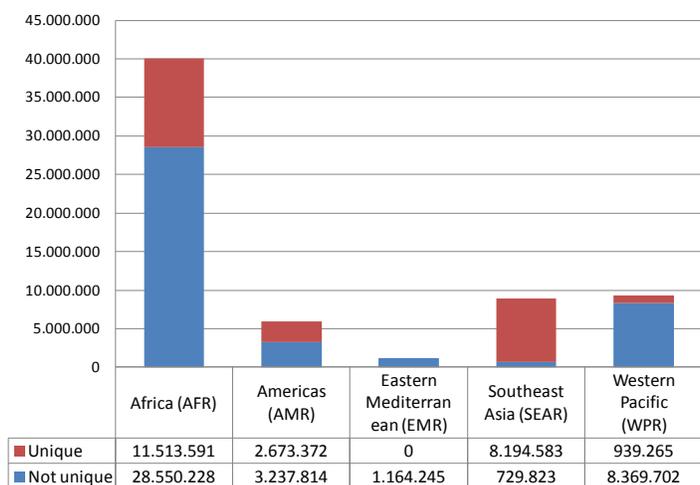


Fuente: Children Without Worms, 2013

²¹ Kim Koporc, Directora de Implementación de Programas – Children Without Worms

- Si las ONG reportan directamente al inventario, se podrían considerar como tratamientos ‘únicos’ y no son considerados por ninguno de los otros canales de reporte. Otro caso es que reportan a los ministerios de salud y a la vez al inventario. Estos probablemente eran ‘únicos’ porque no había forma de determinar en qué proporción los ministerios incluían los datos de las ONG. Muchos ministerios no hicieron este reporte.
- El inventario se elaboró en un período de dos años, 2009 y 2010, y se identificaron varias ONG pero no hay una lista confiable. En un primer intento el listado fue de alrededor de 100 ONG; pero sin la certeza de cuáles hacían desparasitación. En un proceso de pesquisa activa, respondieron 25 ONG (28%). De los tratamientos reportados al inventario, 18,5 millones fueron ‘únicos’, lo cual quiere decir que estos datos no fueron reportados a la OMS ni al banco de datos.
- Otra aclaración se refiere a que los tratamientos que se reportan en la Web, no se incluyen aquellos utilizados para el programa de eliminación de filariasis linfática. Se refiere solo a los tratamientos utilizados para la geohelmintiasis.
- Fue un grupo de trabajo el que lideró la investigación, cuyos resultados para el 2010 produjeron la necesidad de repetir la encuesta en el 2011 para fortalecer los resultados obtenidos. La OMS sugirió la elaboración de una lista de ONG que reporten directamente al inventario.
- En relación con los resultados para el 2010, se obtuvo una respuesta del 17% de las ONG (20), de las cuales, algunas fueron excluidas porque no proporcionaron ningún dato, o incluían datos de uso de medicamentos en otros programas (filariasis, esquistosomiasis). Se cree que muchas no contestaron quizá porque se hallaban justo en procesos activos de desparasitación. Una segunda razón quizá se deba a que el enfoque para la recolección de los datos era muy básico. Finalmente, las 14 ONG seleccionadas reportaron un total aproximado de 65,4 millones de tratamientos proporcionados en 2010, la cual es una cifra significativa.
- De los 65,4 millones de tratamientos entregados por las ONG a todos los grupos de edades, el 35,6% se consideraron tratamientos “únicos” para el inventario. El total de tratamientos para el banco de datos de quimioterapia preventiva fue de 51 millones; esto quiere decir que las actividades de desparasitación de geohelminos de las ONG en 2010 tuvo una cifra significativa. De los 65 millones de dosis, 8,9% son únicos para el banco de datos de quimioterapia preventiva.
- En la Gráfica 15 se puede apreciar una visión general para la Región. En rojo aparecen los tratamientos considerados ‘únicos’ o nuevos. Nótese que para la Región de las Américas esta distribución es casi del 50%, frente a tratamientos no únicos.
- En cuanto a los tipos de tratamientos, hay tratamientos ‘únicos definitivos’, que es cuando el Ministerio de Salud reporta datos de tratamiento y no estamos seguros si incluyeron cifras de las ONG.
- Se identificaron 23,3 millones de tratamientos únicos definitivos, y 1 millón que eran ‘posiblemente únicos’.

Gráfica 14. Tratamientos ‘únicos’ por Región



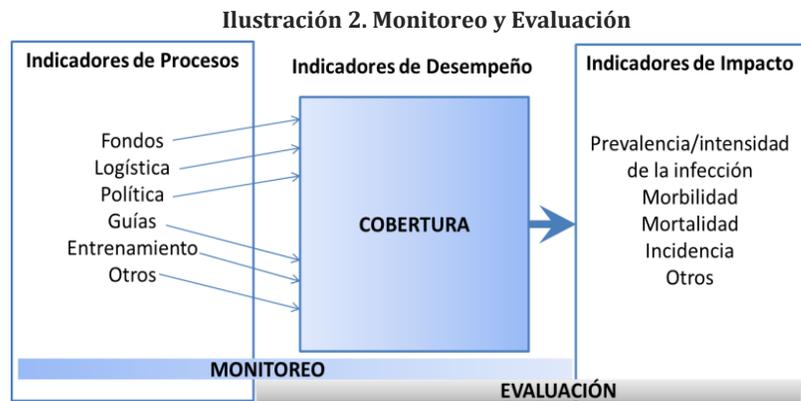
Fuente: Children Without Worms, 2013

- Como contribuyentes de estos tratamientos únicos, ocho ONG reportaron que todos sus tratamientos eran 'únicos'. Los tratamientos 'únicos' fueron reportados en 17 países. Y los tratamientos 'definitivos únicos' provienen de 14 países. Estos países no reportaron ningún tratamiento para geohelminchos a la OMS, y el 88% de estos tratamientos 'únicos definitivos' provinieron de 7 países.
- Al enfocarnos en América Latina y el Caribe, un total de 5,9 millones de tratamientos fueron reportados al inventario del 2010; de ellos, 1,2 millones fue para niños en edad preescolar y 4,7 millones fue para niños en edad escolar. Estos datos provienen de 10 países de la región, reportados por 7 ONG.
- En relación con los tratamientos únicos, 2,67 millones de tratamientos (45% del total reportado) corresponden a tratamientos 'únicos' para el banco de datos de quimioterapia preventiva (690.000 en niños en edad preescolar y 1,98 millones en niños en edad escolar).
- Las limitaciones del inventario se pueden identificar en el hecho de que no se cuenta con una lista completa de las ONG que brindan tratamiento contra los geohelminchos. Además, no fue fácil determinar los tratamientos 'posiblemente únicos' y separarlos de los reportes que hacen a los Ministerios de Salud.
- En cuanto al logro de los objetivos trazados, se puede inferir que se alcanzaron los dos primeros, en la medida en que se capturaron datos de las ONG, integrados con el banco de datos de quimioterapia preventiva. No se llegó hasta el detalle de determinar hasta dónde las actividades de desparasitación de las ONG contribuyeron al control de las geohelmintiasis a nivel mundial. No se conoce qué tanto representa del universo, pero da una idea clara de que las ONG están realizando desparasitaciones y los resultados eran bastante similares para ambos inventarios.
- Los resultados sugieren que hay una brecha en el reporte. Se propuso una plataforma para que las ONG compartieran información en la Web, cuyos resultados son desglosados por ONG, por país, entre otros; pero fue muy trabajosa la labor de recolección de la información, compilación, verificación y clasificación. No obstante, las ONG se encuentran en procesos de planificación para el próximo año y deseamos que esta información les sea útil.
- Es difícil determinar que tanto están accediendo a la Web y sus propósitos; pero dados los resultados, parece ser que hay un bajo nivel de interés y se está estimando la posibilidad de discontinuar este esfuerzo en el futuro; pero se está evaluando si la perspectiva cambia si se mejora la oportunidad y utilidad de los resultados.
- En conclusión, las ONG entregaron aproximadamente el 25% de todos los reportes de tratamientos contra las geohelmintiasis en el 2010.
- Los tratamientos 'únicos' registrados al inventario representaron el 8,9% de todos los tratamientos de geohelminchos informados a banco de datos de quimioterapia preventiva – similar a 2009.
- El inventario de 2010 reveló una brecha de información entre los ministerios de salud y la OMS (96% de todos los tratamientos 'únicos'). Probablemente se debe a que los ministerios de salud no reportaron directamente a la OMS.
- También es probable que existan brechas de información entre las organizaciones no gubernamentales y los ministerios de salud.
- Recomendaciones: Fortalecer los mecanismos de presentación de informes entre los ministerios de salud y la OMS (14 países con tratamientos 'definitivo único'), mejorar la notificación por las ONG a los ministerios de salud a nivel nacional (Traer las ocho ONG que reportan tratamientos 'únicos' en un diálogo más estrecho con los ministerios de salud) y reducir los costos y recursos para la continuación del inventario. Se requiere automatizarlos y tratar de alentar para que las ONG participen voluntariamente, sin muchos mensajes electrónicos, cartas y reuniones.

- Mayor información en www.deworminginventory.org

MONITOREO Y EVALUACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LAS ACCIONES DE DESPARASITACIÓN²²

- Básicamente se cuenta con tres tipos de indicadores para el monitoreo y evaluación de los proyectos: indicadores *de procesos*, los indicadores *de desempeño* y los indicadores *de impacto* (Ilustración 3).
- Los indicadores de impacto nos van a evidenciar el logro de las acciones implementadas, en términos de prevalencia, intensidad de la infección, morbilidad, mortalidad, incidencia, entre otros.



Fuente: Montresor A., 2013

- En relación con los indicadores de proceso, se identifican aspectos claves a ser monitoreados, tales como la calidad de los medicamentos al momento de su recepción; si la gestión de adquisición se ha realizado a tiempo; la distribución a las unidades de salud o a las escuelas; si el almacenamiento ha sido el apropiado, entre otros.
- Con las capacitaciones, se ha de evaluar el número de sesiones de entrenamiento para profesores, el porcentaje de escuelas con, al menos, un profesor entrenado; si el entrenamiento es adecuado o no.
- Otras de las variables a evaluar corresponden a la presencia de material para la administración del medicamento, tales como: formularios, material educativo, material de referencia para los profesores, entre otros.
- Se identifican algunos de los indicadores de desempeño, por ejemplo, aquellos relacionados con las intervenciones en las escuelas: porcentaje de escuelas que reportan la distribución de medicamentos; porcentaje de escuelas con suficiente cantidad de medicamento; porcentaje de aulas que participan en sesiones de educación en salud. Entre los indicadores de desempeño relacionados con la administración de medicamentos, tenemos: número de tabletas administradas; número de tabletas no utilizadas reportadas; cobertura de desparasitación; entre otros.
- Y en relación con indicadores de impacto, tenemos: la prevalencia para cualquiera de las geohelmintiasis; la prevalencia de cada una de las geohelmintiasis; la prevalencia de infección de geohelmintiasis de intensidad grave. Entre los indicadores relacionados con la morbilidad tenemos: porcentaje de niños desnutridos; porcentaje de anemia o de anemia severa; entre otros. Para algunos de estos indicadores podría haber algún grado de dificultad por causa del costo del material para obtenerlo (caso anemia), por lo que se sugiere que si se cuenta con los recursos necesarios, se podrán incluir estos indicadores.
- Algunos indicadores adicionales a tener en cuenta podrían ser incluidos, tales como el conocimiento / la actitud frente a la práctica; la medición de la eficacia a los medicamentos; la cobertura de agua potable y saneamiento apropiado; los efectos en las escuelas, como el rendimiento escolar, entre otros.

²² Antonio Montresor, Departamento de Control de las Enfermedades Tropicales Desatendidas, OMS, Ginebra.

- La Ilustración 3 corresponde al algoritmo para la toma de decisiones acerca de cuándo reducir la frecuencia de las intervenciones, útil para guiar las decisiones sobre qué hacer después de un número de años en la administración de antiparasitarios. Hoy por hoy se utiliza una encuesta que nos ayuda a decidir qué hacer según los resultados y el comportamiento de la prevalencia luego de la intervención. Por ejemplo: Qué hacer si la prevalencia se encuentra por debajo de 20%, si está entre 20 y 50%, y qué hacer si ésta se encuentra por encima del 50%. Y después de un número de años, de 5 a 6 años, podremos saber si la prevalencia fue reducida con nuestra intervención; sin embargo, si una prevalencia se halla en el 20% después de 6 a 7 años de la distribución del medicamento, esta prevalencia debe ser diferente, en virtud de las intervenciones en desparasitación, en el ambiente, en la higiene, entre otras. La idea es la de cubrir el problema con las intervenciones y utilizar los diferentes umbrales de decisiones propuestos, los cuales son totalmente aplicables. En la Tabla 3 se pueden apreciar las decisiones tomadas en Myanmar, luego de los resultados de las mediciones en el 2002 y en el 2012.

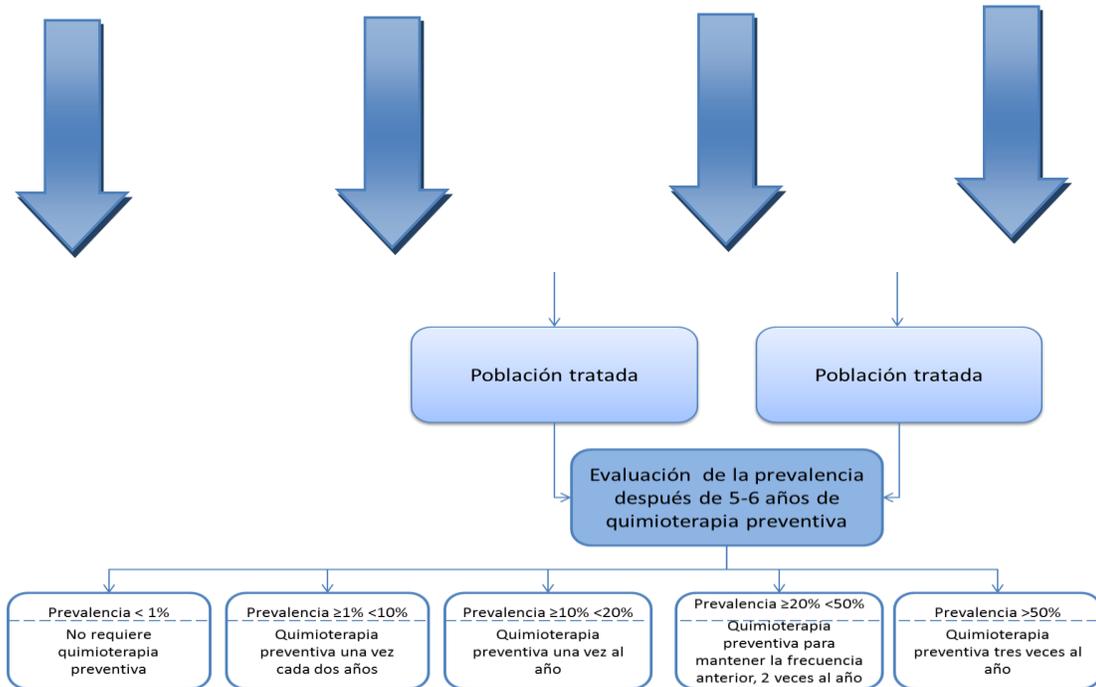
Ilustración 3. Decisiones sobre cuándo reducir la frecuencia de las intervenciones.



Fuente: Montresor A., OMS, Ginebra, 2013

Tabla 3. Decisiones tomadas en Myanmar frente a la reducción frecuencia de la terapia, mediciones 2002 y 2012

	Año	PREVALENCIA				
		Áreas Ecológicas				Total
		Hilly	Delta	Llanuras	Costa	
Cualquier infección	2002	28 (22,6 - 34,0)	92 (87,7 - 94,9)	72,4 (66,3 - 77,7)	86,4 (81,3 - 90,2)	69,7 (66,7 - 72,5)
	2012	0 (0 - 1,8)	15,2 (10,7-19,7)	30,4 (24,7 - 36,1)	38,0 (32,0 - 44,0)	20,9 (18,4 - 23,4)



Fuente: Montresor A., OMS, Ginebra, 2013

IMPORTANCIA DEL REPORTE OPORTUNO Y LA DIFUSIÓN DE DATOS PARA LA PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE DESPARASITACIÓN. OPORTUNIDADES PARA MEJORAR E INCREMENTAR EL REPORTE DE DATOS Y SU USO EN SALUD PÚBLICA²³

¿Cómo podemos mejorar la oportunidad y la calidad del reporte de datos de cobertura de desparasitación?

- **Steven Ault – OPS Washington:** Hemos notado que en nuestra región, algunas ONG internacionales aceptan compartir su información de cobertura en el trabajo que ellos realizan en los países; pero hay otras que, por razones no conocidas, no colaboran ni con los ministerios de salud ni con la base de datos de la OMS. La comunidad de ONG internacionales tienen momentos del año en los cuales se reúnen para discutir temas de interés común, entre los cuales se incluye el tema de la desparasitación. El pedido es para que las ONG que trabajan en desparasitación y que están colaborando en compartir sus datos de cobertura, conversen y convencen a otras ONG que trabajan con desparasitación para que compartan sus resultados, a fin de contribuir con la planificación en el logro de los objetivos.

²³ Espacio de discusión en grupo. Respuestas de los asistentes a preguntas concretas.

- **Guillermo Zea-Flores – Global Health Partnership Initiative, Guatemala:** La clave estaría en que los ministerios de salud asuman su rol rector y, por obligación, exijan los reportes de las ONG que trabajen en sus países. En Guatemala hay entidades que lo hacen muy puntualmente y no hacen reportes. Consideramos que lo más importante sería promover la rectoría en salud.

¿Cuáles son las dificultades que las ONG han tenido para acercarse a los Ministerios de Salud y poder compartir con ellos su información?

- **Clayton Ajello – Vitamin Angels:** Es muy difícil, a menudo, saber quién es la persona para reportar los datos y no se tiene claro si el reporte se hace a nivel del distrito, departamento o al nivel central. También tenemos la complicación de que muchas ONG presentamos los productos a ONG intermediarias y esta es nuestra responsabilidad. A veces tratamos de alentar a las ONG locales para que reporten los datos a las autoridades. Requerimos entender cuál es el proceso del reporte y a quién debemos reportarle.
- **Antonio Montresor – OMS :** El asunto fundamental es cuando se pregunta a una ONG si hacen actividades de desparasitación y la evidencia demuestra es que el sector de la salud debe tomar las riendas de la rectoría de la distribución y de la administración de los medicamentos. Quienes deben administrar y asumir la responsabilidad de la administración y de la educación y del impacto es el órgano rector, que en este caso, es el Ministerio de Salud. Las ONG no están encargadas de administrar, pero vemos que las ONG administran el medicamento. Por lo tanto los ministerios deberían ser los que entreguen los medicamentos., por fortuna, las ONG cumplen esos vacíos, pero lo que deseamos alcanzar es que exista una coordinación entre los ministerios y las ONG, no solo para actividades de desparasitación sino para actividades de educación, de saneamiento, entre otros.
- **Miguel Davila – OPS Perú:** Se debe fortalecer la rectoría de los ministerios de salud sobre el tema. Lo que sucede es que si no hay voluntad política para asumir que este es un problema de salud pública, va a ser muy difícil que queramos fortalecer la rectoría de un tema que no les interesa. Si existe interés en el tema, la mejor manera de que la información llegue a tiempo y ayude a la toma de decisiones, el canal apropiado son los sistemas de vigilancia epidemiológica. Hay evidencias de ONG que desparasitan y nunca reportan a las autoridades, y algunos, al pedirle los datos, refieren que sí están desparasitando pero no tienen cifras. La dificultad es la rectoría.
- **Steven Ault – OPS Washington:** En la OPS se trabaja en colaboración con los ministerios de salud en obtener y compartir los datos de la cobertura de las desparasitaciones, en una frecuencia habitual. Sería útil para las ONG y otras instituciones, saber que nuevamente en OPS se solicita esta información de cobertura al inicio de cada año, entre enero y febrero, correspondiente al año inmediatamente anterior. Si las ONG desean colaborar, también pueden compartir sus datos de cobertura con el ministerio de salud o con la OPS, si por alguna razón no se comparte con el ministerio. La fecha para ello es entre enero y febrero de cada año, cuando se realiza recolección y análisis de los datos.
- **Nelly Zabaleta – Fundación Cayetano de Heredia:** Ayudaría tener un formato estándar de reporte y descentralizar la información. En Perú, las direcciones regionales de salud dependen de los gobiernos regionales y son administrativamente autónomas. La clave está en que se facilite la comunicación entre las regiones de salud con la sede central a través de la recolección periódica de la información mediante formato estandarizado. Si bien las ONG no administran directamente sino que son facilitadoras, per ante la eventualidad se presentase esta situación, debería ser reportada a través de las direcciones regionales de salud, quienes transmitirían esta información al nivel central.
- **Kim Koporc – Children Without Worms:** Uno de los asuntos primordiales es que las ONG, representadas en este salón, ya tienen buenas relaciones con las autoridades de salud y con la OPS. El asunto es definir cómo podemos

hablar con nuestras ONG para que sean conscientes de la importancia de reportar los datos de tratamiento. Hemos estado en muchas reuniones, pero debemos establecer mejores estrategias de comunicación. Estoy de acuerdo con la necesidad de un formulario estándar mediante un formulario único.

- **Martha Saboyá – OPS Washington:** En el tema de recolección de datos hemos visto las dos situaciones: países en donde hay ONG que distribuyen medicamentos; ONG grandes que distribuyen a ONG pequeñas que luego distribuyen en los países; ONG que han tratado de contactar a las autoridades de salud para informarles de sus actividades y dejarles sus reportes y no les atendieron. La situación es evidente. Es deseable forjar el puente de comunicación entre las ONG y los ministerios, lo cual demanda un esfuerzo de diálogo de ambas partes. Hay ministerios que saben de ONG que realizan acciones en sus territorios, pero no van a buscarlos ni a ejercer su rectoría. Realmente el reporte es una sola variable de la coordinación. Se podría coordinar en cuanto al proceso de compra, de distribución de las tabletas, entre otras variables. Finalmente, el reporte no se tiene completo ni hay el flujo de información apropiado. Otro punto es el dato que viene de los ministerios, que muchas veces es un viacrucis obtenerlo, a pesar de la solicitud a tiempo y de los recordatorios que se hacen. Hay países que sostenidamente realizan acciones y son estos los países que mejor nos reportan, pero se debe trabajar en la calidad del dato. Es pertinente la información desagregada, por grupos étnicos y por su distribución en el nivel subnacional.
- **Santiago Nicholls – OPS Washington:** No todas las donaciones son apropiadas. En una oportunidad una ONG brindó un medicamento que no correspondía con la dosis requerida. Afortunadamente el país receptor supo solicitar que la donación se hiciese en la presentación requerida.
- **Kari Stoever – Global Alliance for Improved Nutrition –GAIN:** Algo que el proyecto del inventario de ONG nos proporciona es la oportunidad de ver dónde se encuentran las mejores prácticas, desde las ONG a los Gobiernos y desde los Gobiernos a las Oficinas de País de la OPS. En resumen: el 95% de los 23 millones de tratamientos únicos provienen de países que no habían proporcionado reportes de desparasitación a la OMS. A pesar de las brechas de comunicación, hay evidencias de los reportes. Se deben fortalecer las cadenas de reportes.
- **Adelina Barrantes – OPS Panamá:** ¿Cómo se regulan las ONG y a quién deben responder? La clave está en la rectoría. De igual manera, los donantes también deberían exigir cómo se hizo dicha donación y qué resultados se obtuvieron
- **Steven Ault – OPS Washington:** Para nuestro programa regional de enfermedades infecciosas desatendidas, este proceso de tratar de mejorar la calidad, oportunidad y cobertura de datos de desparasitación y de otras enfermedades desatendidas ha sido un reto. Estamos tratando de que esto sea cada vez menos difícil, tanto para nuestros homólogos de país como para los funcionarios de la OPS. Se tiene ya un formulario estandarizado para la recopilación de datos, para los diferentes programas de desatendidas. Sabemos que en las otras regiones del mundo están tomando nota de nuestras lecciones aprendidas y están buscando estandarizar sus formularios para la recolección de datos. Se ha adicionado la variable de género, que ha sido bien recibida en todas las regiones y va a ayudar a los ministerios en sus procesos de focalización.
- **Mark.H.Bradley – Glaxo-Smith-Kline:** En relación con los nuevos formularios, se trata de un desarrollo excelente, pero se vuelve ineficiente si el dato se hace solo en papel. Deberíamos ya utilizar sistemas automatizados, a través de los dispositivos móviles, como simples mensajes de texto, que permitan ser encaminados a los diferentes niveles de administración. Es cuestión de tomar la decisión para utilizar de mejor manera estas tecnologías disponibles, a costos bajos o incluso gratuitos. Por otra parte, desde la perspectiva del donante, es importante que los gobiernos tengan control y conocimiento de lo que hacen las ONG en sus países. Se debe saber qué medicamento se utiliza, su calidad, lugar de fabricación, eficacia, su fecha de vencimiento, no sea que se estén deshaciendo de

medicamentos vencidos. Las consecuencias de la no regulación pueden ser muy significativas para el país, por ejemplo, una cascada de eventos adversos por una prescripción inadecuada de un medicamento.

- **Antonio Montresor – OMS Ginebra:** Tenemos muy buenas ONG que desean ayudar a los países, pero hay otras con una visión de túnel, que solo ofrecen su beneficio a una pequeña comunidad y no hacen reportes. Ciertamente, se debe mejorar el control de calidad, y a estas ONG no les conviene este control. Si una ONG es seria, está dispuesta a su apertura al reporte.
- **Santiago Nicholls – OPS Washington:** En resumen, se debe enfatizar en que los gobiernos y los ministerios de salud asuman su responsabilidad en conocer y coordinar las ONG y recibir de ellas el reporte necesario. Se requiere también formatos de reportes estandarizados para tener las coberturas de desparasitación. La propuesta de utilizar la tecnología móvil para mejorar los mecanismos para la recolección de la información de reportes de coberturas podría considerarse por los ministerios de salud.

¿Cómo podemos fortalecer el monitoreo y la evaluación para la toma de decisiones en los programas de control de las geohelmintiasis?

- **Martha Velandia – OPS Washington:** Desde la oficina regional se está trabajando una caja de herramientas para que en todos los niveles se pueda hacer evaluación y monitoreo de la vacunación. Hay que empezar por los datos administrativos y tendencias en el tiempo. Seguidamente, mirar el monitoreo rápido de vacunación, que como sabemos, no llega a estimar coberturas pero sirve como herramienta programática para evaluar si la tarea se está haciendo bien. Luego, se evalúa el muestreo de calidad del lote, a fin de determinar la robustez estadística y considerar si determinada localidad cumple con el estándar establecido para dicho monitoreo. Y finalmente, se realizan las encuestas de cobertura, las cuales están muy bien documentadas, con un costo más alto y amplio detalle estadístico. Estos cuatro capítulos facilitarán a los países la revisión sistemática de sus datos, no solo para vacunación sino también para desparasitación.
- **José Pablo Escobar – OPS Colombia:** el tema del indicador de cobertura fue discutido en reuniones anteriores. Debemos insistir en que este indicador esté muy claro, tanto en su numerador como en su denominador, para que todos estemos hablando bajo el mismo criterio y se permita la comparabilidad.
- **Steven Ault – OPS Washington:** La importancia de llevar a cabo una encuesta de línea de base es para poder tener la prevalencia y la intensidad de la infección por geohelminos. Se hace necesario medir el impacto a cinco años. Se han estudiado los sitios centinelas para monitorear el impacto de los programas.
- **Antonio Montresor – OMS Ginebra:** El tema es una manera práctica de realizar el seguimiento. La encuesta de línea de base requiere de una población grande, por razones obvias. Pudimos ver los datos de Vietnam y de Myanmar
- **David Addiss – Children Without Worms:** Los sitios centinelas se usan para determinar los impactos y coberturas del tratamiento antihelmíntico y las acciones alrededor del agua segura y el saneamiento. Se mide también el acceso a los medicamentos, a fin de entender la dinámica del tratamiento en masa.
- **Enrique Vásquez – OPS Brasil:** este es un buen ejemplo de que, habría que trabajar con múltiples bases de datos con sistemas de información diferentes; por ejemplo, aparte de los reportes de los países, se podría utilizar la información de las empresas que fabrican los medicamentos, la distribución de sus productos a las ONG, sería útil para cruzar información y determinar necesidades de mejoramiento de la información. Las empresas farmacéuticas son un factor clave.

- **Julián Trujillo – Ministerio de Salud, Colombia:** Colombia impulsa la creación de salas situacionales y observatorios de salud pública. Parte de la gestión sería la de incluir estos indicadores de las geohelmintiasis y de las coberturas de desparasitación en estos observatorios y salas situacionales. Esto permite que los indicadores monitoreados sean expuestos por las autoridades locales, los alcaldes, contribuyendo con la gestión de los gobernantes locales
- **Guillermo Zea-Flores – Global Health Partnership Initiative, Guatemala:** En el proceso de eliminación de la oncocercosis, se iniciaron labores en seis países de Latinoamérica en los cuales se concentraron 1.800 comunidades a las cuales había que darles medicamentos y hacer monitoreo y evaluación. Se seleccionaron un grupo de comunidades que fueran las comunidades centinelas, representativas de sus comunidades geográficas. Se recolectó toda la información que se podía en ese momento. Más adelante surgieron nuevos métodos de evaluación que fueron incorporados poco a poco. Inicialmente se recibieron críticas porque en esas comunidades centinelas el trabajo iba a ser más intensificado. Lo que se hizo fue mejorar el control de las coberturas de tratamiento en las comunidades que no eran centinelas. Se hizo mayor énfasis en el control de calidad de estas medidas. Las evaluaciones finales se extendieron a algunas comunidades ajenas a las comunidades centinelas.
- **Steven Ault – OPS Washington:** los datos de prevalencia fueron basados en zonas ecológicas. El sistema recomendado por la OMS y la OPS para usar encuestas nacionales y subnacionales es utilizar la metodología de zonas ecológicas. Establecer sitios centinelas para el monitoreo de coberturas, impacto, mejoramiento de agua y saneamiento, requiere reflejar la distribución de sitios centinelas determinados por zonas ecológicas del país, por sus condiciones ambientales. En términos de monitorear esta enfermedad, no vimos ningún tipo de indicador que nos permita monitorear aspectos de determinantes sociales, que también toman parte en la transmisión.
- **David Addiss – Children Without Worms:** Las zonas ecológicas son importantes cuando estamos en un ambiente complejo o en donde el tratamiento ha iniciado en algunas áreas y no en otras. A medida que la prevalencia de infección disminuye, la heterogeneidad espacial aumenta, por lo que esperaríamos que en un informe de prevalencia de infección, antes de que comience el tratamiento, cuando la prevalencia es alta, pero a medida de que esto baja en algunas áreas. Tenemos que considerar este comportamiento a la hora de ver el monitoreo para la toma de decisiones.
- **Theresa Gyrokos – McGill University:** Se ejecuta actualmente un proyecto de vigilancia centinela en Loreto, Perú, en escuelas. Hay 7 provincias en el estado de Loreto y cada uno de los laboratorios provinciales han sido entrenados por el personal de salud y una persona del laboratorio para hacer el monitoreo en estas escuelas centinelas. Por otra parte, podríamos tener ONG que suministren microscopios o algún otro material de entrenamiento que pueda ser usado por las autoridades de salud para esta actividad. Algunas de las colaboraciones conjuntas podrían ser entre ONG y gobiernos como por ejemplo la provisión de medicamentos.
- **Mark.H.Bradley – Glaxo-Smith-Kline:** No todas las fundaciones que trabajan en salud lo hacen donando medicamentos. Sabemos que en procura de mejorar el conocimiento, facilitamos la producción y disponibilidad de productos. En relación con el acceso a medicamentos (albendazol y mebendazol), con las donaciones de Johnson y Johnson y de Glaxo Smith Kline, hay suficiente cantidad de medicamentos donados. No hace falta comprar estos medicamentos por los ministerios de salud de los países. Hay suficiente antiparasitarios para cubrir la población global a riesgo. No debe haber inconvenientes para el acceso a los medicamentos, pues están disponibles para su utilización y son gratuitos.

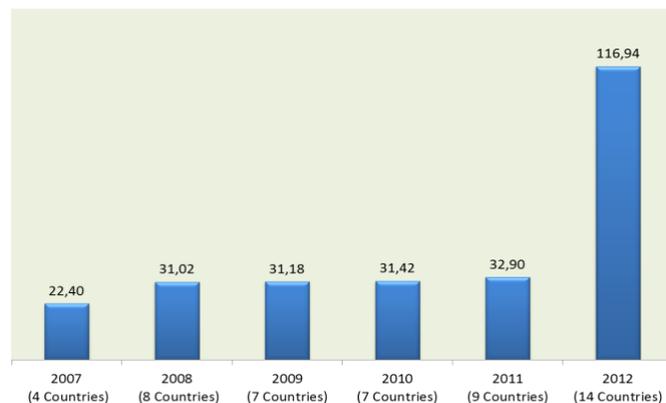
- **Santiago Nicholls – OPS Brasil:** Es interesante que muchos países están dándole relevancia a este problema de salud pública y se está considerando incrementar las donaciones. Ya se está analizando la posibilidad de tener donaciones para niños en edad preescolar (menores de 4 años), en presentación de suspensión.
- **Antonio Montresor – OMS Ginebra:** la OMS recomienda el acceso rápido a la población escolar para determinar la estrategia en la comunidad. El monitoreo en la población escolar debería ser un indicador para el éxito del programa de desparasitación basado en la escuela. La edad escolar es representativa de todos los grupos; sin embargo, si solo se están tratando a los escolares y no al resto, ya no podrán ser representativos del resto de la comunidad.
- **Mark.H.Bradley – Glaxo-Smith-Kline:** La duración de las donaciones en GSK es abierta. Este es un hito hasta el 2020, pero no es un punto final, pues caemos en cuenta que, debido a que la desparasitación es una iniciativa de control, más no de eliminación, se continuará teniendo a largo plazo niños susceptibles a las geohelmintiasis. Frente al desarrollo de nuevos antihelmínticos, hay un amplio espectro de imidazoles con actividad antihelmíntica y otros productos activos patentados que son de respaldo.
- **William Lin – Johnson & Johnson:** estoy de acuerdo con Mark. Este es un programa de control. La donación no es una solución global sostenible. Requerimos que se alcance la meta de eliminar los geohelminchos a largo plazo. Ya vimos los progresos en Myanmar y en Vietnam.
- **Antonio Montresor – OMS Ginebra:** Frente a la pregunta de resistencia a los medicamentos, hay un par de publicaciones al respecto. Una de las razones para este reporte es debido a las medidas usadas. Sabemos que la droga no es 100% activa en todos los casos. Podrá haber niños tratados que no obtienen curación y los parásitos siguen poniendo huevos. El indicador podría no ser la tasa de curación sino la tasa de reducción de la parasitosis. La publicación se encuentra en los materiales de la reunión entregados a cada participante.
- **José P. Escobar – OPS Colombia:** Pregunta a los donantes: cuál es la presentación que se dispone de albendazol para donar a los países, tanto en suspensión como en tabletas, y si pueden donar tabletas en blíster de dispensación individual o solo en presentación múltiple. Esto debido a las limitantes de Colombia de recibir donaciones en tabletas sueltas. Por otra parte, en el marco del sistema de salud, las aseguradoras están en la obligación de disponer del medicamento para sus beneficiarios. El país adquirió el albendazol a un costo razonable; sin embargo, hay empresas que tienen el medicamento a precios 500 veces mayor. Y también está el interrogante de si el medicamento podría ser falsificado.
- **Santiago Nicholls – OPS Washington:** la respuesta a estos interrogantes las tendremos en una sesión dedicada a Colombia.

PANEL SOBRE EL ROL DE LAS ONG Y DE LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES Y SUS PERSPECTIVAS EN LA DESPARASITACION PARA EL CONTROL DE LAS GEOHELMINTIASIS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

CHILDREN WITHOUT WORMS²⁴

- Fundada en 2005 mediante la unión de Johnson & Johnson (J&J) y la Fuerza de Tarea para la Salud Global. Se estableció como un programa de donaciones de medicamentos para ayudar a gestionar las donaciones del producto Vermox® (mebendazol) para el tratamiento de geohelmintiasis en niños en edad escolar. Pero el programa también incluía asistencia técnica a los países que reciben mebendazol, así como el abordaje integral que incluye agua, saneamiento e higiene; también exhorta a las ONG realizar control de las geohelmintiasis y sirve de secretaría para un grupo asesor conocido como el Comité Asesor para las Helmintiasis Transmitidas por el Suelo (HTS).
- Este Comité Asesor para las Geohelmintiasis se estableció en 2006, llamado inicialmente como Comité Asesor para el Mebendazol, constituido por un grupo de expertos en helmintos transmitidos por el suelo, asesoraba en la implementación de estrategias adecuadas para la utilización del mebendazol. El Comité se encarga de revisar y aprobar las solicitudes de donaciones de mebendazol de los países para el control de las geohelmintiasis en niños en edad escolar.
- Desde la creación de *Children Without Worms* se ha facilitado la donación de mebendazol en varios países cada año, des de 2007 al 2010, en Asia, África y América Latina. El único país que ha recibido donaciones de mebendazol por parte de CWW en las Américas ha sido Nicaragua.
- En 2012 se dio un incremento en el número de tabletas donadas y en el número de países asistidos, como se aprecia en la Gráfica 16, gracias al incremento en el número de dosis donadas por parte de J&J, vía OMS (200 millones al año), así como el incremento de donaciones por parte de GSK (400 millones de albendazol al año), también vía OMS.
- Adicionalmente, se realizaron talleres de asistencia técnica a los sectores de la salud y educación y a ONGs. El año 2012 se realizaron talleres regionales en Manila (Filipinas) y en Dahka, (Bangladesh).
- A través de las donaciones de la Fundación Izumi, junto con los esfuerzos del Ministerio de Salud y de la OPS, se ha apoyado un proyecto piloto sobre encuesta de línea de base de geohelmintiasis en tres municipios de Bolivia, que contempla además la desparasitación de 8 escuelas y acciones de educación e higiene. Esta alianza ha sido gratificante.

Gráfica 15. Número de dosis de Mebendazol donadas (en millones) y número de países apoyados por *Children Without Worms*, 2007–2012



Fuente: Children Without Worms, 2013

²⁴ Dr. David Addiss, Director de la ONG Children Without Worms

- También se ha brindado asistencia técnica al programa de Nicaragua, con donación de la Fundación Izumi, en asocio con los Ministerios de Salud y de Educación y la participación cercana de la OPS, en el entrenamiento y educación en higiene a los profesores y trabajadores de la salud
- Se llevó a cabo un estudio con la Red Global para las Enfermedades Tropicales
- Desatendidas (GNNTD) y la Universidad George Washington mediante el cual se revisó la experiencia de Nicaragua.
- Con la estandarización de las donaciones vía OMS, se facilita el bodegaje y el paso por aduanas, así como la planificación y mejor distribución hacia los países. Los 600 millones de dosis disponibles por año corresponden a 5 billones de dosis hasta el 2020.
- Con la transferencia de responsabilidad y toma de decisiones y autoridad a la OMS para las donaciones de J&J y la alianza con GSK, estamos en el mejor momento para emerger en nuestro rol y discernir en dónde podemos apoyar mejor los programas globales, manteniendo el enfoque de las geohelmintiasis en un ambiente integrado a los programas de enfermedades tropicales desatendidas.
- Se actúa alrededor de la facilitación de la promoción de las donaciones de albendazol y mebendazol, en un trabajo muy cercano con la OMS, la OPS y los donantes farmacéuticos.
- Se apoya a otros aliados como lo son las ONGs, los sectores de salud, educación y agua y saneamiento.
- Se facilita el diálogo y las convocatorias alrededor del control de las geohelmintiasis.
- Se mantiene el apoyo técnico y guías. CWW sigue siendo la secretaria del Comité Asesor en Geohelmintiasis. Se está introduciendo en el trabajo de monitoreo y evaluación.
- Existe el interés en identificar la capacidad de toma de decisión para hacer el escalamiento al nivel más inferior de la frecuencia de la donación de medicamentos, a fin de que la donación masiva ya no llegue a ser necesaria.
- Dentro de las actividades recientes cabe mencionar que se mantiene la asistencia a J&J en la cadena de suministros para garantizar el envío y que el producto llegue a los países.
- Se han establecido nuevas alianzas en el área de agua y saneamiento. Se cuenta ya con un punto focal dentro de CWW para el tema de agua y saneamiento (Stephanie Ogden).
- Se ha establecido diálogo en diciembre de 2012, entre los sectores de Enfermedades Tropicales Desatendidas y el sector de agua y saneamiento, con el apoyo de la Fundación Bill y Melinda Gates.
- Se desarrolló un curso de entrenamiento, tipo diplomado, para practicantes WASH, mediante becas de *Sightsavers International*.
- Se contribuye con la Organización Mundial de la Salud en procesos de monitoreo y evaluación, por invitación de esta Organización.

OPERATION BLESSING INTERNATIONAL²⁵

- Operación Bendición Internacional fue fundada en 1978 por MG Robertson, en esfuerzos con Pat Robertson del Club 700, para aliviar las necesidades de las comunidades. En 1986 se constituye en organización internacional sin fines de lucro, clasificada últimamente como una de las 100 organizaciones que provee ayuda humanitaria en el mundo.
- Trabaja diligentemente a través de una compañía global contra los parásitos, mediante desparasitación. Su Misión es la de demostrar el amor de Dios para aliviar las necesidades humanas y el sufrimiento de las personas en EEUU y alrededor del mundo.
- Toda campaña de desparasitación posee tres fases. La 1ª es la precampaña, que se realiza con una amplia investigación y planificación, con la participación de los ministerios de salud y de educación de los países. Se vinculan las iglesias locales que atienden a sus feligreses. Los centros de distribución se seleccionan con base en el conocimiento de la prevalencia de los parásitos en la comunidad, así como las áreas de distribución anteriores para evitar duplicación de esfuerzos.
- Los voluntarios de las iglesias locales se movilizan de acuerdo con un plan de distribución y una lista de inscripción previa. Reciben entrenamiento en parasitosis para que tengan el conocimiento amplio de la problemática y sean multiplicadores de mensajes apropiados y sepan enseñar la manera correcta de suministrar los medicamentos, además de las acciones de promoción de la salud y prevención de estas parasitosis y las dosis correctas para el tratamiento y control.
- Se procura ser incluyentes, con amplio trabajo en voluntariado, pero en asocio con los ministerios de salud y educación y en búsqueda de nuevos socios.
- En las segundas fases, se realiza la administración del medicamento antiparasitario, concretamente el albendazol y el mebendazol, siguiendo las recomendaciones del ministerio de salud del país a intervenir. El medicamento es suministrado por los voluntarios capacitados.
- En 2003 se realizó la primera campaña de desparasitación y, desde entonces, se ha venido fortaleciendo el proceso, beneficiando a millones de niños en el mundo.
- El primer nivel de intervención consiste en el tratamiento de la persona y de las infecciones pre-existentes. En el 2º nivel, se apoya en el control de la infección en toda la comunidad, evitando el establecimiento de focos de infección. Se trabaja con las poblaciones de mayor riesgo, que son los niños entre las edades de 12 meses a 14 años. En el nivel 3 se tienen los procesos educativos, culturalmente apropiados. Se brinda formación a las madres para que aprendan, además de los hábitos higiénicos, las señales de peligro o de advertencia que pueden manifestar sus hijos y que son de inmediata consulta.
- En relación con las campañas, el monitoreo de post-campaña se debe hacer de manera inmediata, a fin de garantizar la eficiencia y eficacia de los esfuerzos realizados durante la campaña.
- Casos exitosos: Honduras, quienes vienen trabajando directamente con el Ministerio de Salud a través del programa de Escuelas Saludables, quienes en asociación con el Programa Mundial de Alimentos, atienden un total de 1.300.000 niños en edades de 6 a 12 años. OBI Honduras coordina con estas instituciones para la entrega del medicamento: albendazol de 400 mgs. Se realizan programas integrados para la sostenibilidad de los procesos y

²⁵ Dra. Geraldina Motta, Directora General, Operation Blessing International

contratación del profesional seleccionado. El medicamento se distribuye a Tegucigalpa y de allí, a los demás departamentos del país. De los departamentos se distribuye a los municipios, hasta llegar a las escuelas públicas para su distribución a los niños beneficiarios.

- En reunión con la OPS en Honduras, se pretende la implementación de un plan piloto para desparasitar a niños entre 1 y 5 años, integrado a la Jornada Nacional de Vacunación.
- En Guatemala se ventila una carta de entendimiento con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Ministerio de Educación para poder llegar a todos los niños en edad escolar. Se trabaja en Guatemala desde el 2010 y se han desparasitado alrededor de 1.600.000 niños. La estrategia actual es la de trabajar en asocio con los sectores de la salud y la educación, integrando el análisis del medicamento, el establecimiento de línea de base y mediciones posteriores para apreciar el impacto de las acciones.

SAVE THE CHILDREN (USA)²⁶

- Es una organización con presencia en más de 110 países, con el mandato de promover un impacto positivo en los niños. Cuenta con amplia presencia en los países de las Américas, aunque en algunos de ellos se desarrollan actividades y no hay presencia física de oficinas de país.
- Se maneja una teoría de cambio, teniendo como visión, ser innovadores, mediante evidencias que puedan ser escalables, para lo cual se comparten con otras organizaciones y se realiza abogacía para que las experiencias se hagan parte de los programas nacionales y se puedan escalar para el mayor número de beneficiarios. Aquí es donde se realiza la abogacía en alianza o asociación con otras organizaciones.
- El enfoque es integralmente en el niño y la desparasitación es solo una pequeña parte del programa de nutrición y salud escolar. Se trabaja en alianza con ministerios de salud y educación y con otras ONG nacionales.
- El programa de educación en salud es un programa integral que contempla las acciones que garanticen efecto de largo plazo en la prevención de enfermedades y de infecciones.
- El trabajo de Save The Children busca la formación de agentes de cambio. Los niños pueden aprender y multiplicar sus conocimientos y colocar en práctica sus aprendizajes, en especial en higiene y saneamiento básico.
- Se tienen identificadas algunas debilidades, en especial en lo relacionado con los datos de desparasitación.
- En cuanto a la integralidad, los tratamientos son solo una parte de las acciones, pues se requieren mayores apoyos e intervenciones integrales en educación en higiene, agua y saneamiento y en obras concretas y procedimientos para poder hablar en el control de enfermedades desatendidas. Igualmente, la ONG puede complementar las acciones en las localidades en donde los agentes del gobierno no pueden acceder.
- Quizás podría adicionarse más datos de esta ONG como el número de niños y las conclusiones

VITAMIN ANGELS²⁷

- Vitamin Angels es un donante de micronutrientes esenciales a organizaciones no gubernamentales, con una oportunidad para expandir la intervención en el control de las geohelmintiasis a un costo bajo.

²⁶ Dra. Seung Lee, Directora de Salud Escolar y Nutrición – Save the Children.

²⁷ Dr. Clayton A. Ajello, Asesor Técnico – Vitamin Angels

- Su mandato se enfoca en la movilización de recursos del sector privado para proveer de micronutrientes, especialmente de vitamina A, para su distribución en poblaciones a riesgo. La intervención técnica se concentra en la distribución a niños malnutrido de micronutrientes y suplementos.
- Con el programa también se está administrando albendazol para combatir los efectos de la deficiencia de micronutrientes en niños parasitados. Se utiliza un enfoque empresarial para garantizar la sostenibilidad de las acciones, en particular en el suministro y la distribución de los recursos. Para ello, se puede hacer uso de las ONG que ya vienen desempeñándose en las localidades. Los socios son los responsables de los programas.
- Cada año hay más de 535 millones de beneficiarios que requieren de los micronutrientes y suplementos de vitamina A. Son cerca de 150 millones de niños que no tienen acceso a estos beneficios y son el objeto de las acciones de Vitamin Angels.
- Queremos ser conocidos por las ONG locales y deseamos que sean ellos quienes lideren las acciones y den a conocer sus razones sociales y mandatos, donde nosotros somos sus socios donantes. Pero procuramos que la información sea compartida con las autoridades nacionales de la salud.
- Se trabaja a menudo con organizaciones de micro-financiación, como orfanatos u otros tipos de grupos cuyo financiamiento es precario y no tienen conexión con otros servicios poco disponibles.
- En los últimos 5 años ha habido un crecimiento importante en los indicadores de gestión: en 2012 se alcanzaron a beneficiar 26,4 millones de niños en 42 países a través de 159 socios locales alrededor del mundo. Estas cifras representan el 20% de los niños potencialmente beneficiarios.
- En relación con el albendazol, procuramos que el medicamento llegue al mayor número de niños posible. Son 7 millones de beneficiarios que representan el 27% de los beneficiarios de vitamina A que se benefician anualmente.
- Desde el 2012 al 2013 en América Latina y el Caribe se ha trabajado en 9 países, se beneficiaron 4,3 millones de niños con vitamina A, pero solo se ha alcanzado a menos del 24% de ellos con albendazol.
- La combinación de programas de desparasitación con la provisión de micronutrientes es una de las mejores alternativas para procurar reducir el impacto de los daños que producen la desnutrición en edad temprana y esta sería una opción de prevención especialmente en niños en edad escolar.
- La vitamina A y la desparasitación es una estrategia que está alcanzando alrededor de los 30 millones de niños, de los cuales 7 millones reciben albendazol. La plataforma de la administración de vitamina A está creciendo anualmente alrededor del 15% y se podría absorber una mayor cobertura con la desparasitación a un costo adicional muy bajo o quizá sin costo. El desafío está en responder el interrogante de cómo tener acceso al antiparasitario y especialmente lograr acceso a mayor número de socios locales de distribución, como ONG que pueden llegar a niños donde otras organizaciones o instituciones no han llegado.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD²⁸

- Desde el pequeño grupo y punto focal en Ginebra, se propuso la Resolución WHA54.19 para el control de las geohelmintiasis.
- Se están recopilando datos para documentar el progreso hacia el logro del objetivo global.

²⁸ Antonio Montresor, *Departamento de Control de las Enfermedades Tropicales Desatendidas, OMS, Ginebra*

- Se vienen preparando manuales para el tratamiento de niños en edad preescolar y escolar y mujeres en estado de gestación, de manera gratuita.
- Se realizan las negociaciones de las donaciones con GSK y J&J y se adelanta la gestión administrativa las donaciones a OMS, con evaluación de los requerimientos y la distribución de dichos requerimientos a los países.
- Se facilita la cooperación técnica a los países que así lo solicitan, mediante la oficina regional con el consultor que resulta ser el punto focal para el tema.

PANEL DIALOGADO DEL ROL DE LAS ONG Y OTRAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES RESPECTO DE LA DESPARASITACIÓN Y EL CONTROL DE LAS GEOHELMINTIASIS

Durante esta sesión, se escucharon las intervenciones de las diferentes ONG participantes al evento, quienes respondieron a la pregunta abajo señalada. Se resumen las principales ideas consensuadas, una vez concluida la sesión

¿Cuál es el rol de las ONGs y las organizaciones internacionales en la desparasitación en los países de Latino América y el Caribe?

- Se muestra ampliamente que algunas de las ONG internacionales representadas poseen un caudal de recursos y experiencias que ciertamente podrían crear excelentes alianzas con los ministerios de salud y de educación y otros niveles de Gobierno. Adicionalmente, cuentan con ventajas competitivas, identificadas entre otras, en su capacidad de penetrar en áreas de difícil acceso, facilitando a los ministerios de salud o educación la disposición de vencer las limitaciones de acceso. Las alianzas podrían hacerse, no solo con otras ONG sino directamente con los gobiernos nacionales o subnacionales.
- Es claro que varias de las ONG han llegado directamente a los ministerios de educación y de salud y han establecido alianzas claves, como el caso de Belice, donde Vitamin Angels y otras ONG locales se acercaron al Ministerio de Salud y a la OPS para mostrar su interés en la distribución de vitamina A con los antiparasitarios, lo cual fue un modelo excelente que aún funciona en Belice, mostrando el alcance de lo que se puede hacer en alianza e integrado con el programa regular de vacunación.
- Es importante ver la desparasitación, no como un programa aislado sino como un paquete de intervenciones que promueven la salud, la educación y el bienestar de los niños de las poblaciones en riesgo.
- Podría ser suficientemente útil si algunas o más de las ONG que viene trabajando en desparasitación, se interesasen en los aspectos de educación en higiene, entrenamiento y elaboración y distribución de materiales para el fortalecimiento de las capacidades de las comunidades en estos aspectos importantes que son los determinantes de la salud.
- Las alianzas entre ONG también son pertinentes y necesarias. Muchas de ellas dependen de donaciones en especie y no en dinero, lo cual dificulta la disponibilidad de recursos para el desarrollo de sus actividades. El establecimiento de alianzas ayuda al logro del objetivo.
- En estas alianzas, tener en cuenta que existen ONG indígenas. Si los Gobiernos pueden facilitar su identificación, es pertinente abordarlas y trabajar con ellas. Las experiencias han sido exitosas en varias latitudes, en particular el apoyo que brindan en la distribución de los medicamentos en sus territorios, caracterizados por el difícil acceso.

- Queda ampliamente aclarado que las donaciones solo son para la autoridad sanitaria, para los ministerios de salud; pero ellos puede trabajar con las ONG para la distribución. La solicitud debe venir del Ministerio de Salud. Si una ONG solicita, la entrega debe ser canalizado a través de la autoridad nacional, quienes deben direccionar el trabajo de esta ONG según los estudios epidemiológicos del Ministerio de Salud. Lo que las ONG necesitan es comunicarse con los ministerios y entrar en diálogo para que los ministerios conozcan sus responsabilidades programáticas. Si tienen requerimientos de mebendazol, sus cifras deben ser suministradas a los ministerios. Es la manera en que los Gobiernos nacionales y locales se enteran de la utilidad de las labores desempeñadas por las ONG en sus territorios.
- Se identificó también la importancia del rol de puente de comunicación que pueden desempeñar las ONG cuando no existe intersectorialidad en las regiones donde trabajan. Se hace necesario entender que el problema gira alrededor de las enfermedades infecciosas desatendidas, las cuales han sido priorizadas precisamente para que sean atendidas, para que se conozcan como problema de salud pública y sus impactos, pero también para que sean eficientes en sus programas y sean altamente rentables. Para muchos de los Gobiernos, dependiendo de la subregión y del grado de magnitud de descentralización, resulta difícil impactar cuando se sabe que no es lo mismo concertar con un gobierno nacional que con un gobierno del nivel subnacional. Se hace necesario articular y servir de puente entre el sector de la salud y el de la educación. Esta articulación es el punto de partida de la madurez del sistema en su intersectorialidad.
- En ocasiones, el trabajo directo con los gobiernos locales o subnacionales ha sido parte de la labor de entrada de una misión a un país, y al dar a conocer la labor desempeñada, se abre la puerta para la coordinación con las autoridades nacionales de los sectores de la salud y la educación. De igual manera, se aprovecha para la búsqueda de nuevos socios.
- Finalmente, aunque las geohelmintiasis son un problema de salud pública, tómesese en cuenta que la desparasitación tiene un impacto importante sobre el sector de la educación y el desarrollo de un país, no solo en salud pública.

PANEL SOBRE AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE: CONCEPTOS Y OPORTUNIDADES PARA REDUCIR LA PREVALENCIA DE LAS GEOHELMINTIASIS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

ESTRATEGIA WASH EN PROYECTOS INTEGRADOS CONTRA ENFERMEDADES INFECCIOSAS DESATENDIDAS²⁹

La iniciativa de enfermedades infecciosas desatendidas para América Latina y el Caribe surgió de la colaboración entre el BID, el Instituto de vacunas Sabin, La Red mundial para las enfermedades tropicales desatendidas y la OPS. Esta iniciativa, que recibió una donación de US\$2,5 millones de la Fundación Gates, ha desarrollado un enfoque integrado para combatir estas enfermedades y alcanzar las metas de control y eliminación establecidas por la resolución de la OPS CD49.R19, sobre la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza.

En la actualidad, la iniciativa está apoyando 9 proyectos en 5 países de América Latina y el Caribe, con un enfoque integral en tres sentidos:

→ **Integración entre enfermedades:** en vez de aplicar el tradicional enfoque vertical de los ministerios, apoyamos un giro en el modelo de intervención que ataque varias enfermedades a la vez.

→ **Integración entre sectores:** Salud + Agua y Saneamiento y también proyectos basados en la colaboración entre los sectores de Salud y Educación

→ **Integración entre programas:** incorpora actividades de control y eliminación de enfermedades desatendidas en programas existentes en los países, tales como las semanas de salud en la escuela, las campañas de vacunaciones, los controles de crecimiento y desarrollo, entre otras.

Los proyectos demostrativos están en México, Guatemala, Honduras, Haití, República Dominicana, Guyana, Brasil y Bolivia. Se presentan a continuación tres de estos nueve proyectos: el de Chiapas, en México; el de Recife en Brasil; y el de Georgetown en Guyana.

Caso Chiapas: Integración entre enfermedades – Integración entre los sectores educación y salud.

El proyecto es implementado por el Estado de Chiapas y apoyado por la fundación FEMSA. Se centra en actividades integradas para luchar contra las enfermedades infecciosas desatendidas y en mejorar las capacidades dentro del sistema sanitario. Por la dispersión geográfica de las comunidades y la dificultad de acceso en algunas áreas, el proyecto montó brigadas integradas de prevención y control de varias enfermedades a la vez (tracoma, geohelmintiasis, enfermedad de chagas, rabia, leishmaniasis y oncocercosis) en municipalidades prioritarias del estado, con mayorías indígenas, gran parte de las viviendas tienen piso de tierra y dificultades de acceso a infraestructura adecuada de agua y saneamiento.

El proyecto atendió a más de 132.000 personas en riesgo de contraer estas enfermedades. En concreto, el proyecto incluyó las siguientes actividades específicas:

- **Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica.** Para ello se realizaron evaluaciones de línea de base así como monitoreo y evaluación integrado de seis enfermedades desatendidas.
- **Coordinación intersectorial e interprogramática** para mayor impacto en el control de enfermedades desatendidas.

²⁹ Ana Lucía Muñoz, Especialista del Grupo de Salud de la División de Protección Social y Salud del BID

- **Desarrollo de acciones de atención en salud:** tratamiento preventivo y curativo de forma individual y colectiva para combatir enfermedades infecciosas desatendidas.
- **Capacitación al personal de salud,** incluyendo técnicos de laboratorios y personal comunitario.
- Desarrollo de acciones de movilización social, participación comunitaria y formación pedagógica en salud basadas en los principios de la estrategia WASH.

Se diseñaron materiales educativos adaptados culturalmente para niños de 7 años, como los cuadernos para colorear que incluyen información sobre transmisión de geohelminthos y hábitos saludables de higiene, ya que los problemas de higiene encontrados en esta zona son relevantes.

Se realizó un taller de lavado de cara y manos, con el objetivo de detener la transmisión de tracoma (Chiapas es el único foco activo de tracoma en México) y de reducir la prevalencia de Geohelminthos (Ilustración 5). En algunas comunidades de mayoría indígena, el estudio de base reveló prevalencias de geohelminthos superiores al 80%, como en el caso de la municipalidad de San Juan Cancuc.

Ilustración 4. Actividades de educación en salud en Chiapas, México, 2013.



Fuente: Ignez Tristao, BID

Caso Recife: Integración entre enfermedades – Integración entre los sectores salud y educación.

Recife, junto con dos ciudades colindantes, es la cuarta mayor área metropolitana de Brasil y sufre de grandes niveles de desigualdad con zonas de pobreza extrema donde continúa la transmisión de filariasis linfática y existen altas prevalencias de otras enfermedades infecciosas desatendidas, particularmente de la geohelmintiasis.

El objetivo del proyecto es el de apoyar medidas que conduzcan a la interrupción de la transmisión de filariasis linfática en el que es el último foco activo en el país, y por tanto apoyar la eliminación de la enfermedad a nivel nacional, e integrar actividades que permitan controlar las geohelmintiasis y otras enfermedades infecciosas desatendidas.

Además de realizar una búsqueda activa de casos de esquistosomiasis y lepra, con lo que el proyecto tiene un claro enfoque de integración entre enfermedades, también se caracteriza por la estrecha colaboración con el sector de la educación.

Además, el proyecto incluye un componente integrado para la reducción de la prevalencia de geohelmintiasis que incluye:

- Administración masiva de fármacos
- Actividades de educación en salud para la prevención de las geohelmintiasis basadas en la estrategia WASH y con énfasis en hábitos saludables y cuidado de medidas de higiene, agua y saneamiento en el hogar.
- Actividades de educación sobre las otras tres enfermedades del proyecto.

El proyecto se ha desarrollado en 40 escuelas públicas de las tres municipalidades del proyecto, beneficiando directamente a más de 16.000 estudiantes y, de manera indirecta, a unas 70.000 personas, incluyendo familiares y miembros de las comunidades donde habitan estos niños y niñas que se están convirtiendo en agentes de cambio y transmitiendo los mensajes de salud aprendidos en la escuela.

En la Tabla 4 muestra los detalles de la prevalencia de la geohelmintiasis en los tres municipios del proyecto de Recife, con diferencias significativas entre las escuelas analizadas pero todas con prevalencias altas.

En Recife, la prevalencia media está en el 26,9%, aunque en algunas escuelas alcanzó el 55%.

En la municipalidad de Olinda la media fue del 50,4%, con escuelas en las que alcanzó el 86% de los estudiantes.

En Jaboatao la prevalencia fue más baja, con una media del 20%, pero con zonas que alcanzaron un 24%.

En todos los casos se aplicó el protocolo de la OPS para geohelmintiasis y se están llevando a

cabo campañas de administración masiva de medicamentos en las escuelas. Al tratarse de un proyecto integrado, también se midió la prevalencia de esquistosomiasis, que se halló en el 4% solo en Jaboatão.

Tabla 4. Prevalencia de geohelminthos según el estudio de línea de base de 2012, Proyectos Integrados contra EID,

Municipio	Escuelas trabajadas	Exámenes realizados	Prevalencia general (variación)	Esquistosomiasis
Recife	5	256	26,9% (entre 13,6% y 55%)	-
Olinda	9	159	50,4% (entre 26,0 % y 86%)	
Jaboatão dos Guararapes	7	326	20,0% (entre 15% y 24%)	4,0%
Total	21/40	741	32% (13,6% y 86%)	4,0 %

Fuente: Proyectos Integrados contra Enfermedades Infecciosas Desatendidas, BID, 2012

Caso Guyana: Integración entre los sectores de salud y de agua y saneamiento

Es un proyecto de la División de Agua y Saneamiento del BID para la mejora del alcantarillado de Georgetown, al que se le agregó un componente de salud para controlar las geohelmintiasis e interrumpir la transmisión de filariasis linfática.

La población de Guyana es de 750.000 personas y este proyecto demostrativo beneficia a su capital, Georgetown, y la región colindante, llamada región 4.

Georgetown tiene una franja de territorio por debajo del nivel del mar y un sistema inadecuado de alcantarillado, lo que provoca inundaciones durante la temporada de lluvias. Las aguas residuales no absorbidas por el sistema de drenaje provocan que la población de mosquito *Culex* aumente y aumentan la prevalencia de geohelminthos y filariasis linfática (FL).

- En 2001 el gobierno realizó un mapeo de la FL, estimando que el 20% de la población en la Región 4 estaba infectada
- Realizamos un nuevo estudio de base que mostró una prevalencia menor de la esperada de entre el 3% y el 9%
- La prevalencia será medida de nuevo en 2014
- Importante conexión entre las deficiencias de saneamiento de la región y la prevalencia de FL y geohelmintiasis

El proyecto está orientado a una población beneficiaria de 320.000 personas, que corresponde a la totalidad de la población de la región 4.

El presupuesto asignado es US\$ 10 millones, de los cuales US\$ 300.000 están dedicados al componente de Enfermedades Infecciosas Desatendidas y que está ejecutado por el Ministerio de Salud de Guyana con apoyo técnico de la OPS.

Los Componentes son:

- Rehabilitación del alcantarillado de Georgetown
- Reducción de la prevalencia de enfermedades desatendidas:
- Administración masiva de medicamentos por 5 años, (DEC -Dietilcarbamazina + Albendazol)
- Actividades de educación en salud incluyendo actividades educativas WASH en escuelas, centradas en hábitos saludables de higiene y saneamiento como el lavado de manos y temas relacionados con saneamiento básico
- Campaña de comunicación social vinculada con el fútbol, en la que una estrella local del futbol protagonizo un spot de TV y radio así como anuncios en la prensa con mensajes para la población sobre filariasis linfática y sobre las geohelmintiasis, informando también a la población de la campana de administración masiva de medicamentos.

Las principales lecciones aprendidas del modelo integrado de Guyana de integración entre enfermedades, entre sectores y con énfasis en actividades de educación en salud basados en las recomendaciones de la estrategia WASH son:

- Al mejorar el acceso a tratamiento de medicación contra filariasis y geohelminfos, con DEC y albendazol, al tiempo que a través de educación en salud se modifican comportamientos de higiene y se mejoran los servicios de agua y saneamiento, es posible controlar la geohelmintiasis y eliminar otras enfermedades desatendidas de manera más eficiente y sostenible.
- Las intervenciones integradas son más costo efectivas (como por ejemplo con la integración de filariasis y geohelminfos) y modifican los factores de riesgo que motivan la transmisión de estas enfermedades a través del trabajo con otros sectores, particularmente con el de saneamiento.

PERSPECTIVAS Y OPORTUNIDADES PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA ESTRATEGIA WASH Y LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DESATENDIDAS³⁰

Enfermedades relacionadas con el agua

Lo primero a tener presente es la existencia de la clasificación ambiental de las infecciones relacionadas con el agua. Muchas de estas enfermedades son clasificadas por grupos, dependiendo de sus rutas de transmisión. Aquí las apreciamos clasificadas por categorías relacionadas con la integración del agua, el saneamiento y la higiene (Cuadro 8).

Cuadro 8. Clasificación ambiental de las infecciones relacionadas con el agua

CATEGORIA	INFECCIÓN	AGENTE PATÓGENO	
Fecal – oral (transmitidas por el agua o vinculadas con la falta de higiene)	Diarreas y disenterías	Disenterías amebianas	P
		Balantidiasis	P
		Enteritis por Campylobacter	B
		Cólera	B
		Criptosporidiosis	P
		Diarrea por <i>E. coli</i>	B
		Giardiasis	P
		Diarrea por rotavirus	V
		Salmonelosis	B
		Shigelosis (disentería bacilar)	B
		Yersiniosis	B
		Fiebres entéricas	
		→ Tifoidea	B
		→ Paratifoidea	B
		Poliomielitis	V
Hepatitis A/E	V		
Leptospirosis	E		
Vinculadas con la falta de higiene	Infecciones de piel y ojos	Enfermedades cutáneas infecciosas	M
		Enfermedades oculares infecciosas	M
	Otras	Tífus transmitido por piojos	R
		Fiebre recurrente transmitida por piojos	E
Basadas en el agua	Penetrantes por la piel	Esquistosomiasis	H
		Gusano de Guinea	H
	Ingeridas	Clonorquiasis	H
		Difilobotriasis	H
		Fascioliasis	H
		Paragonimiasis	H
Insectos vectores relacionados con el agua	Pican cerca del agua	Enfermedades del sueño	P
		Filariasis	H
	Se reproducen en el agua	Paludismo	P
		Ceguera de río	H
		Virus transmitidos por mosquitos	
		→ Fiebre amarilla	V
→ Dengue	V		

P: protozoario, B: bacteria, V: virus, E: espiroqueta, M: muchos, R: rickettsia, H: helminto.
Fuente: Agua y saneamiento: en la búsqueda de nuevos paradigmas para las Américas. OPS. 2012

Cuando cambian las condiciones ambientales por causa de emergencias o desastres o los cambios globales debidos al cambio o variabilidad climática, que también generan un impacto en el ambiente y, por lo tanto en la salud, se establecen entonces unas relaciones que nos permiten asociarlas con la presencia de ciertos tipos de enfermedades: diarreas, enfermedades de transmisión vectorial, entre otras, que están relacionadas en la clasificación anterior.

Existe también una clasificación de los efectos potenciales de la exposición a factores de riesgo ambientales sobre la salud; en estos riesgos potenciales se incluyen los componentes del agua, el saneamiento y la higiene; los residuos sólidos, las excretas y las aguas residuales (Cuadro 9).

³⁰ Henry Hernández, Asesor regional en salud ambiental en emergencias y desastres – OPS

Cuadro 9. Efectos potenciales de la exposición a factores de riesgo ambientales sobre la salud

Efectos en la salud	Agua y saneamiento	Residuos sólidos	Contaminación del aire	Riesgos ocupacionales	Riesgos químicos	Desastres naturales	Cambios globales en el ambiente
Infecciones respiratorias agudas			X	X	X		
Diarreas	X	X			X	X	
Enfermedades transmitidas por vectores	X	X			X	X	X
Intoxicaciones por sustancias químicas	X	X	X	X	X	X	X
Enfermedades mentales				X		X	
Cáncer	X		X	X	X		X
Enfermedades respiratorias crónicas			X	X	X		X
Lesiones e incapacidades por accidente				X			X

Fuente: Enfoques Integrados de Salud y Ambiente. Reunión de Ministros de Salud y Ambiente de las Américas. Mar del Plata, 2005.

En América Latina y el Caribe solo se tratan el 10% de las aguas residuales, lo cual significa que el riesgo es alto para las poblaciones, en especial para las poblaciones urbano-marginales y rurales. Es por ello que se debe pensar en las soluciones convencionales que, de alguna manera, tampoco llegan a todos los sectores, y es nuestra misión apoyar especialmente los sectores urbano-marginales y rurales.

Barreras y estrategias preventivas

Es importante identificar con claridad las barreras y las estrategias preventivas para cortar la transmisión fecal-oral de muchas de las enfermedades infecciosas, con la puesta en marcha de cuatro categorías de intervenciones: saneamiento, calidad del agua, acceso al agua en la cantidad apropiada y la higiene, representada por el lavado de manos (Ilustración 5).

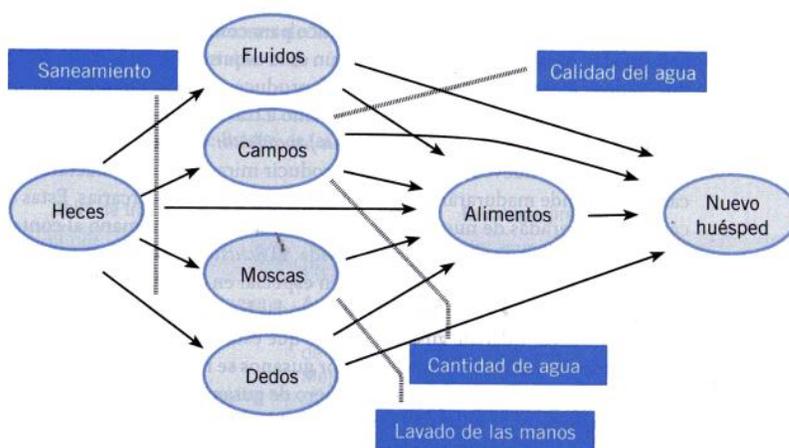
De los aspectos más importantes sobre los cuales hay que tener suficiente claridad es acerca de la identificación de las intervenciones que son más apropiadas en saneamiento. A través de las tecnologías convencionales se puede tener una cobertura apropiada, pero en la población urbano-marginal o

en población rural debemos saber identificar si la misma tecnología aplica para ellos y si realmente va a contribuir para cortar la cadena de transmisión. Muchas de las soluciones deben considerarse apropiadas de acuerdo con los contextos sociales, culturales, con enfoque de género, equidad; y por su alto grado de influencia, deben ser concertadas con las comunidades.

Promoción de la higiene

Las intervenciones técnicas y tecnológicas sí resuelven, pero si no van acompañadas de procesos de promoción de la higiene, donde se haga un uso adecuado de esas alternativas tecnológicas, realmente no podremos tener un impacto significativo. La promoción de la higiene tiene que ir de la mano de procesos que faciliten y potencien el éxito, que

Ilustración 5. Estrategias preventivas para cortar la transmisión fecal-oral de las enfermedades infecciosas



Fuente: OPS, 2012

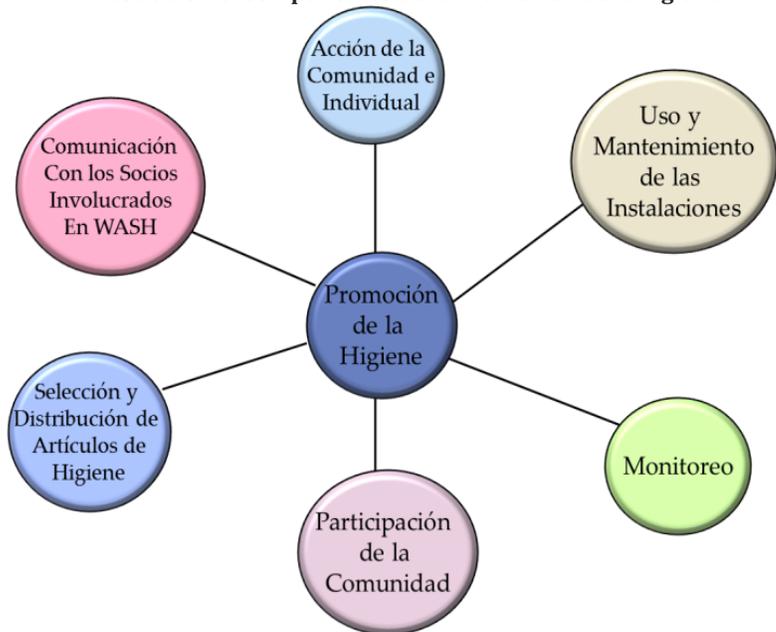
brinden capacidades a las comunidades para que puedan incidir y tomar decisiones frente a la formulación de las intervenciones que realmente van a generar un impacto.

Aunque existan expertos en el tema, se hace necesaria una fuerte vinculación con las autoridades locales. Muchas de las iniciativas, que se relacionan con la iniciativa de entornos saludables, hacen énfasis en la participación comunitaria. Adicionalmente, se deben aprovechar las instancias locales, regionales, nacionales, institucionales y comunitarias, adonde debemos llegar con nuestras propuestas y poder adelantar un trabajo consensuado y de impacto.

Entre los componentes esenciales de la promoción de la higiene, muchos de ellos se relacionan con los determinantes sociales y ambientales de la salud (Ilustración 6).

Conocer las características individuales y comunitarias de una localidad hace parte del proceso de participación de la comunidad objeto del proyecto. Ellos deben plantear sus observaciones y temores, antes de escoger la opción tecnológica, intervención o desarrollo de herramientas que habrá de apoyarles en sus procesos de mejoramiento de su bienestar y calidad de vida saludable. Pero esta participación se debe mantener e incorporar desde el diseño, pasando por el mantenimiento, la apropiada recolección de información que va a apoyar la medición de los impactos; y contar con algunas herramientas que fortalezcan el trabajo en los demás componentes, en especial en la acción intersectorial.

Ilustración 6. Componentes de la Promoción de la higiene



Fuente: OPS, 2013

La promoción de la higiene es altamente relevante para complementar las acciones alrededor de las enfermedades infecciosas desatendidas. Por ejemplo, el lavado de manos reduce las diarreas en un 44%; el saneamiento contribuye con la reducción en un 32%; la calidad del agua en la vivienda contribuye casi en un 35%. Son acciones integradas que, sumadas, generan un impacto importante en la salud.

Iniciativas de entornos saludables

Se aboga desde el área de Salud Ambiental de la OPS, para que desde el sector de la salud y su relación con los otros sectores, se trabaje en estrategias locales, tales como la estrategia de Atención Primaria Ambiental, basados en los mismos principios de la Atención Primaria en Salud, donde de manera preventiva y participativa, se reconoce el derecho del ser humano de vivir en un ambiente sano y adecuado y a ser informado sobre los riesgos del ambiente en relación con su salud, bienestar y supervivencia; pero a la vez define sus responsabilidades y deberes en relación con la protección, conservación y recuperación del ambiente y la salud (OPS/OMS 1998).

La estrategia de Entornos Saludables también genera procesos participativos, procesos sociales para la reducción del riesgo y para poder abordar los factores protectores de la salud, y de aquí se desprenden las iniciativas de escuelas saludables, vivienda saludable, entre otras, que abordan los diferentes escenarios para trabajar las comunidades saludables.

Hay que tener siempre en cuenta, a la hora de adelantar las intervenciones sanitarias, que existen cinco criterios para la generación de equidad y sostenibilidad; son ellos:

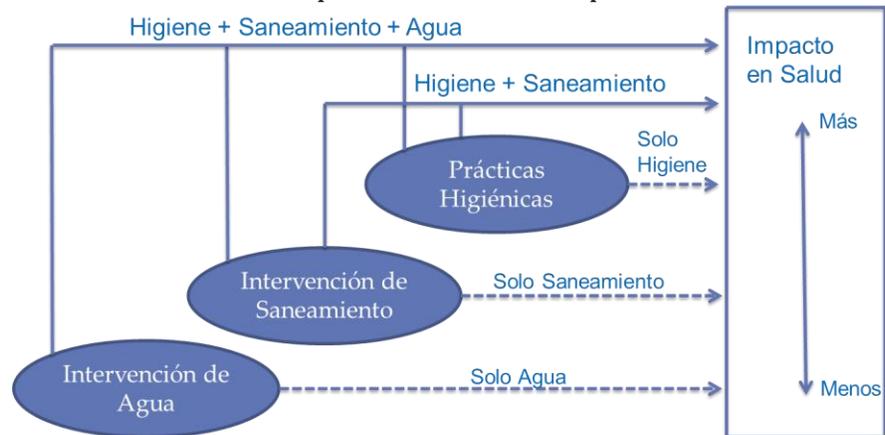
- *Prevención de enfermedades:* Debe ser apropiado para destruir o aislar patógenos

- *Accesibilidad*: Debe ser accesible para los pueblos más pobres del mundo
- *Protección ambiental*: Debe prevenir la contaminación, regresar nutrientes a los suelos y conservar las valiosas fuentes de agua
- *Aceptable*: Debe ser estéticamente inofensivo y respetuoso de los valores culturales y sociales
- *Simple*: Debe ser lo suficientemente sencillo y de fácil mantenimiento, considerando los límites de la capacidad técnica local, el marco institucional y los recursos económicos

Evaluación de impacto en salud

Desde la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud se ha venido planteando, a través del Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento, el modelo de integración en agua, saneamiento e higiene (Gráfica 19), en el cual se demuestra que a través de las intervenciones integradas se puede aumentar el impacto de las intervenciones en agua, saneamiento e higiene, transformando y mejorando las condiciones que son determinantes para la salud de las comunidades.

Gráfica 16. Modelo de Impacto Potencial de Salud por Intervenciones de WASH



Fuente: Organización Mundial de la Salud: Lucha contra las enfermedades transmitidas por el agua en los hogares. Ginebra, 2007.

Enfoque de ecosalud

Otra iniciativa consiste en el enfoque de *ecosalud*, en el cual, mediante la identificación de los determinantes ambientales y sociales de la salud, podemos conocer su incidencia en salud, lo cual permite reorientar los procesos de participación de la comunidad, utilizando la evidencia.

Finalmente, se tiene la iniciativa de planes de seguridad del agua, cuyo enfoque de riesgo en todos los componentes de un sistema de abastecimiento, mediante la minimización de las fuentes de agua, la reducción o el retiro de la contaminación por medio de procesos de tratamiento (barreras); y la prevención de la contaminación durante el almacenamiento, la distribución y la manipulación del agua a nivel domiciliario, garantizando de manera integral la seguridad del agua de consumo.

Retos, oportunidades y orientaciones

- La crisis del agua, saneamiento e higiene, debe ser colocada en lo más alto de las agendas políticas de los diferentes sectores relacionados con el bienestar: salud, ambiente, entre otros.
- Para alcanzar los objetivos relacionados con el agua, el saneamiento y la higiene, las acciones se deben centrar en la provisión de un servicio sostenible y no solo en la infraestructura.
- Incluir la evaluación de impacto en salud en la gestión integral del agua.

- La modernización del sector agua potable y saneamiento debe hacer énfasis en mejorar los niveles de gestión y propiciar la participación de la sociedad civil.
- La regulación de los servicios debe tener una mirada integral, incorporando los aspectos de protección de la salud.
- El mayor esfuerzo debe centrarse en los sistemas de control, vigilancia ambiental y certificación de la calidad de los servicios.
- Se debe promover el tratamiento de las aguas residuales considerando su impacto negativo sobre la salud y el medio ambiente.
- Programas dinámicos de incremento de las coberturas en las áreas periurbanas y rurales, mediante la participación activa de los usuarios.
- Contar con un enfoque estratégico del sector agua y saneamiento con salud, de manera que las instancias del sector de la salud cuenten con programas debidamente estructurados y recursos capacitados para satisfacer los servicios de salud ambiental.
- Fortalecer las capacidades de las unidades de salud ambiental dentro de las estructuras de los Ministerios de Salud, con un enfoque intersectorial.
- Fortalecer la participación de todos los sectores con injerencia en los aspectos de ambiente y salud, con claras definiciones de sus roles y funciones.
- Incorporar participativamente a la comunidad y a los sectores sociales.

“El agua y el saneamiento, son uno de los principales motores de la salud pública. Suelo referirme a ellos como “Salud 101”, lo que significa que en cuanto se pueda garantizar el acceso a agua potable y a instalaciones sanitarias para todos, independientemente de sus condiciones de vida, se habrá ganado una importante batalla contra todo tipo de enfermedades”.

Dr. Lee Jong-Wook, Ex Director OMS (Q.E.P.D)

- Impulsar el desarrollo de tecnologías que respondan a las necesidades de las zonas vulnerables y de bajo costo.
- Incrementar programas educativos que hagan énfasis en la relación: agua, salud y vida.
- Se debe estimular la inversión y rehabilitación de la infraestructura del abastecimiento del agua y saneamiento para mejorar la eficiencia de los sistemas y reactivar el crecimiento económico.
- Fortalecer la legislación con la incorporación de aspectos de salud.
- Aplicación de las Guías de la OMS: sobre calidad del agua, aguas recreacionales, etc.

PANEL DIALOGADO SOBRE AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE: CONCEPTOS Y OPORTUNIDADES PARA REDUCIR LA PREVALENCIA DE LAS GEOHELMINTIASIS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Durante esta sesión, se escucharon las intervenciones de las diferentes ONG participantes al evento, quienes respondieron a la pregunta abajo señalada. Se resumen las principales ideas consensuadas, una vez concluida la sesión

¿Cuál son las oportunidades y desafíos para controlar las geohelmintiasis a través de la mejora de la calidad del agua y el saneamiento?

- Se propone el desarrollo de un paquete mínimo (kit), estandarizado, de intervenciones para el mejoramiento de la infraestructura sanitaria, no solo en escuelas, con educación y distribución masiva de medicamentos, sino respaldadas con la mejora de la infraestructura, en trabajo coordinado con las autoridades locales y los diferentes sectores.
- Se requiere poder identificar y sistematizar, en términos de lecciones aprendidas y buenas prácticas, lo que han venido trabajando los países, lo cual da un impulso para la generación de nuevas plataformas de trabajo relacionadas con la evidencia.
- Se resaltan los avances y resultados de los proyectos liderados por el BID, en especial el del Gobierno de Guyana en la Región 4. El mejoramiento del sistema de alcantarillado es de vital importancia para una capital con un crecimiento poblacional importante, dado por la migración hacia la capital por razones económicas. La interrupción de la transmisión de la FL junto con el control del mosquito *Culex* es vital; pero también fue la oportunidad para la elaboración de la línea de base de la prevalencia y el control de la filariasis y la geohelmintiasis mediante la administración masiva del medicamento. Lo difícil y complejo de la ejecución de este proyecto es lo que le da el mayor valor en su calificación de experiencia exitosa. Una de estas dificultades identificadas está representada por la coordinación entre los sectores de agua y salud.
- En caso de la OPS todas las oportunidades y desafíos mencionados al final por el Ing. Henry Hernández, pero en particular, tener acciones integradas en agua, saneamiento y promoción de la higiene.
- Buscar un mejor acercamiento entre los donantes y los ministerios de salud, para tener una percepción de cómo los ministerios de salud puedan enfocar no solamente el tema de la calidad del agua, sino también el control de otras enfermedades.

PLANES DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES INTEGRADAS DE DESPARASITACIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

REVISIÓN GENERAL DE LAS PAUTAS REGIONALES

El Dr. Luis Carlos Ochoa presenta a los asistentes el resumen de la Guía liderada por la Organización Panamericana de la Salud.

Presenta los objetivos, el marco de referencia, las consecuencias de las geohelmintiasis en los menores de edad y en las gestantes, así como la desparasitación como parte de la acción integral para el control de la geohelmintiasis, con todos los beneficios para los escolares y para la población en general.

El contenido de esta presentación se encuentra en las páginas 23 a la 26 de este mismo documento.

PLANES DE ACCIÓN DE LOS PAÍSES PRIORITARIOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Se realizó la presentación que cada uno de los países dejó elaborada sobre sus perfiles, planes de acción, construidos durante el Taller del 13 al 15 de mayo, con base en la metodología y variables priorizadas.

El contenido resumido de estas presentaciones se encuentra en el Cuadro N° 6, en las páginas 40 a 45 de este documento.

RESUMEN DE LAS PROPUESTAS DE INTEGRACIÓN DE ESFUERZOS PARA IMPLEMENTAR, AUMENTAR Y SOSTENER ACTIVIDADES DE DESPARASITACION EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, EN EL MARCO DE LOS PLANES DE ACCIÓN PROPUESTOS POR LOS PAÍSES PRIORIZADOS

Metodología

En esta sesión de la reunión, los países asistentes se dividieron en cuatro grupos, al igual que las ONG y otros socios, quienes también se dividieron en cuatro grupos (Cuadro 10). Se dispusieron 4 salones de reuniones en los cuales se ubicaron cada grupo de países, quienes recibieron la visita de cada uno de los grupos de ONG y otros socios, para conocerse, intercambiar contactos y concertar acciones, según los planes de acción desarrollados y dados a conocer. Cada encuentro tuvo una duración promedio de 30 minutos. Posterior a este tiempo, los grupos de ONG y los socios rotaron al siguiente grupo de países. De esta manera las ONG y los socios pudieron conversar e intercambiar acciones con todos los representantes de los Ministerios de Salud.

Cuadro 10. Distribución por grupos de los representantes de los países de las Américas y de las ONG y socios participantes del Encuentro

GRUPOS DE PAÍSES		GRUPOS DE ONG Y OTROS SOCIOS	
1	Belice, Guyana, Surinam, Santa Lucía	A	ONGs: Catholic Medical Mission Board, Socios: Canadian International Development Agency-CIDA, Children Without Worms-CWW (2), Sabin Vaccine Institute
2	Brasil, Honduras, Colombia, Venezuela	B	ONGs: Fundación Mundo Sano, Global Health Partnership Initiative (INALSALUD); Socios: Inter-American Development Bank-IDB, McGill University (2)
3	México, República Dominicana, Perú, Ecuador, Panamá	C	ONGs: Operation Blessing International, Save the Children, Vitamin Angels (2), Socios: GlaxoSmithKline – GSK.
4	Nicaragua, Paraguay, Bolivia, El Salvador, Guatemala	D	ONGs: INMED partnership for children, INMED Andes, Socios: Johnson & Johnson - J&J (3), Bernard van Leer Foundation

Se presentan a continuación los resúmenes de los principales puntos o temas discutidos, comentarios y conclusiones en los encuentros de los grupos de países y las ONG y otros socios.

Del Grupo Uno, presentado por el Dr. Francis Monrey – Ministerio de Salud de Belice.

- El programa debe hacerse de manera coordinada entre los ministerios y todos los socios involucrados.
- Se debe hacer proceso sea llevado a cabo de manera correcta. Darle la importancia que tiene la definición de la línea de base para cada país.
- Muchos países necesitan asistencia en entrenamiento y capacitación.
- Las geohelmintiasis son un problema que requiere un abordaje multisectorial.
- El ejercicio de elaboración de perfiles de planes de acción ha sido importante en su metodología y ha permitido a los asistentes ganar experiencia en la forma de esbozar un futuro plan de control de las geohelmintiasis para su estructuración posterior en sus países.
- La presencia de donantes, ONGs, socios y de la coordinación desde la OPS y la OMS y sus equipos de profesionales permitieron llevar de la mano el éxito de estos encuentros, en particular, la gestión de los tiempos de los participantes.
- Se pudo haber contado con la asistencia de los ministerios de desarrollo humano.
- Una recomendación futura, es que los países que van a comenzar sus programas, que van a comenzar a escribir sus planes de acción, deben tener en cuenta a otras EID, para recibir apoyos en capacitación y hacer una evaluación completa del proceso, a medida que se va llevando a cabo.

Del Grupo Dos, presentado por la Dra. Lucia León – Ministerio de Salud de Venezuela.

- Por unanimidad consideramos de mucho provecho el encuentro con ONGs y socios, lo que llamamos “la mesa de negociación”, y felicitamos a la OPS por esta iniciativa.
- Las áreas que trabajamos en el caso de Brasil, Colombia y Venezuela van a hacer sub-nacionales; en el caso de Honduras, el área de intervención va a ser nacional; y Brasil y Honduras, han tenido muy buena participación en cuanto a la donación de medicamentos y han trabajado junto con Johnson & Johnson y GSK.
- En el caso de Colombia, presentan la dificultad del empaque del medicamento, aparentemente hay una regulación que impide la entrada de medicamentos envasados en frascos lo cual podría dificultar la solicitud de donaciones.
- En Venezuela, también hay una regulación con respecto al empaque, sin embargo se puede organizar de manera que entren en frascos, aunque preferirían los Blisters. La solicitud sería a través de la OPS.
- En cuanto a la distribución de medicamentos, Brasil recomienda que los frascos vengan en vez de a 200 tabletas, sea en frascos de 100 tabletas. Ya se hizo la conversación con los proveedores y ellos comentan que es difícil cambiarlo.
- Hay alguna dificultad para incrementar la cobertura en niños en edad preescolar, debido a que unas ONG solamente entregan medicamentos para los escolares.
- En relación con la Asistencia Técnica, tanto Brasil como Honduras tienen buena relación con la Fundación Mundo Sano, a través del Programa de Chagas; y Save The Children ofrece alguna asistencia técnica en estos países.
- Tanto Colombia como Venezuela se vieron interesadas en agregar asistencia técnica a sus programas de desparasitación.

- El punto más solicitado en cuanto a educación, comunicación y movilización fue en estrategias WASH. Todos los países se mostraron interesados en estas estrategias de información y especialmente, algunos de ellos pidieron la experiencia realizada en escolares y maestros, de tal manera que se unifiquen criterios; adicionalmente, se identificó la necesidad de apoyo en lenguas nativas de algunas zonas.
- En cuanto a los recursos de movilización, Save The Children puede aportar recursos en movilización y comunicación, en zonas de difícil acceso; los demás ofrecieron abogacía para los recursos.
- Venezuela dijo, que trabaja con los países aliados y que le es difícil en este momento trabajar con ONGs . Sin embargo, se muestra interesado y lleva las propuestas y ofertas a nivel superior gubernamental.
- En cuanto a las ONG, los países les recomiendan que informen dónde están trabajando en cada país y qué áreas del país están interviniendo, para futuros trabajos en conjunto.

Del Grupo Tres, presentado por la Dra. Cecilia Paredes – Ministerio de Salud Ecuador

- Debemos aprovechar y optimizar los recursos y beneficios de las cooperaciones de los diferentes actores que están listos a cooperar con nosotros, puesto que tanto ellos como nosotros perseguimos el mismo fin, que es disminuir la parasitosis en nuestra población.
- La donación del medicamento es una fortaleza y apoyo inmenso para nuestros países.
- En vista de que las presentaciones no incluyen la forma de suspensión para los niños preescolares y considerando como un mandato técnico las palabras del Dr. Ochoa en su presentación, cuando dijo que lo mejor que hacemos por los niños es los primeros dos años, creo que es importante comprar la suspensión, para arrancar el proceso de desparasitación para nuestros pequeños que están de doce meses a dos años. Eso queda como un compromiso.
- El apoyo técnico brindado por las universidades que están involucradas es útil para elaborar la línea de base con la suficiente fuerza técnica y científica y eso sea un medio para continuar las actividades.
- Existe la necesidad de elaborar un manual o un instructivo para los países que vamos a trabajar en control de las geohelmintiasis. También serán útiles el monitoreo y evaluación permanente y poder seguir haciendo los ajustes dentro del proceso de desparasitación.
- Se requiere apoyo para la capacitación a los ministerios de educación, ambiente, a los alcaldes, a los territorios en donde vamos a trabajar, para que ellos hagan causa propia el tema de salud y pongan mayor empeño en lo que es la mejora de la infraestructura sanitaria.
- Todas las actividades de las instancias donantes, son bienvenidas en los países siempre y cuando, esto se realice a través de nuestras respectivas representaciones desde la OPS. Y obviamente, cuenten con los avales respectivos de los Ministerios de Salud Pública.
- Queremos ver si en un tiempo no muy lejano la OPS/OMS nos vuelve a reunir y estamos presentando los planes que habíamos propuesto y que nos tomen la lección de cuánto hemos avanzado en lo que nos hemos propuesto hoy que queda escrito y también, cuánto hemos avanzado en el mejoramiento de la infraestructura sanitaria de nuestros respectivos territorios.

Del Grupo Cuatro, presentado por la Dra. Alexandra Portillo – Ministerio de Salud El Salvador

- Se requiere apoyo en el monitoreo y evaluación, así como en la elaboración de líneas de base. Caso Paraguay: ya hizo una campaña de desparasitación, pero no ha estimado la prevalencia y está solicitando apoyo para obtener la línea de base de su prevalencia de las geohelmintiasis.

- Se solicita donativos de los medicamentos. Caso Nicaragua: van a desparasitar y no había una información muy buena entre el Ministerio de Salud y ONGs para saber en qué época ellos están desparasitando, para hacer una sola campaña entre ONGs y Ministerio de Salud.
- La OPS siempre ha ayudado a organizar las campañas de desparasitación y también contribuye en la coordinación. Caso Nicaragua: solicitan apoyo directo de la OPS en sus campañas.
- Caso Guatemala: solicitan apoyo en recursos humanos ya que Guatemala es un país grande y necesitado. Se sugiere involucrar a los mismos pobladores de los municipios para que ayuden en las campañas.

Intervención de las ONG y Socios

- Save The Children manifestó que el primer paso es asegurar que sus oficinas de países entren en contacto con las personas con quienes se ha compartido en esta reunión, para lo cual solicitaron recibir el listado para ponerlas en contacto. No hacen ninguna promesa de recursos, pero lo que sí harán es que en los países donde tienen programas, incluirán la desparasitación como parte de las actividades y asegurarán que el trabajo esté articulado con el plan de acción de los ministerios.
- Para GSK, fueron muy interesantes las cuatro reuniones con los grupos de países y el aprendizaje fue calificado de abundante. Reiteraron el compromiso con los países e invitaron a quienes requieran donación, colocarse en contacto con la Representación de la OPS en su país e informarles en sus oficinas de país, para que todos estén informados de su interés. Aseguran que el proceso es muy rápido en Ginebra, usando los conductos y medios definidos para ello.
- En una de las reuniones se solicitó por parte de los países la necesidad de estandarizar, mediante un Taller, tanto el proceso de monitoreo y evaluación como el de la línea de base. En la OPS se está trabajando el marco de referencia para estandarizar todo lo que es el monitoreo y evaluación de las enfermedades infecciosas desatendidas en la región, donde se incluyen las geohelmintiasis. Se está aprovechando la experiencia de la OMS en la estructuración del componente de monitoreo y evaluación desarrollado para la región de África, para la adaptación de la metodología para las Américas. Se recibe positivamente la oferta de la Dra. Theresa Gyorkos, de la Universidad McGill, para el entrenamiento en la Región. Los temas: líneas de base, vigilancia centinela, indicadores de desempeño, de impacto, entre otros.
- J&J está comprometido con la donación del albendazol para la desparasitación y, por supuesto, invitan a todos los países a presentar sus solicitudes, bajo los mecanismos presentados en estas reuniones.
- Un tema común fue que varios países están un poco reacios a presentar un plan y pedir asistencia técnica. La elaboración del kit que facilite los procesos y procedimientos será de utilidad en el cambio de actitud que se pudo observar.
- Los países deben establecer, de manera cuidadosa y crítica, los procesos y procedimientos para involucrar a las ONG en el Plan de control de geohelmintiasis. Definir la manera de localizarlas y presentar a estas organizaciones la iniciativa y darles a conocer que existen otras ONG que trabajan con las ONG locales.
- Las autoridades de salud deben conocer a fondo los procedimientos de importación, a fin de que se concerte con las autoridades de aduana para que no suceda que todo el esfuerzo termina y se queda en las aduanas por desconocimiento y falta de comunicación y de concertación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA SESIÓN

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
<p>Existe interés y compromiso por parte de los 18 países participantes en implementar, continuar, fortalecer y evaluar las acciones de desparasitación con las siguientes características:</p> <p>Integradas a otras acciones en salud pública, en especial de control y eliminación de las EID, pero por ejemplo también eventualmente a las campañas de vacunación, integradas a relaciones intersectoriales en el marco de los determinantes de la salud, y todos los países, han manifestado su interés en integrar esas acciones de desparasitación con educación, con el componente de agua o saneamiento e higiene.</p> <p>Promover políticas de Estado, para impulsar el desarrollo sostenible de las comunidades, que es finalmente lo que nos interesa.</p>	<p>Abogar para que el control de las geohelmintiasis se considere como una prioridad de salud pública, enmarcado en los determinantes sociales de la salud, integrada a los planes de desarrollo del país, con un abordaje inter-programático e intersectorial, para garantizar la sostenibilidad de las acciones.</p>
<p>La integración, es una oportunidad para fortalecer los servicios de salud. La integración al PAI, actividades de nutrición, es una ventana de oportunidad para la desparasitación en niños en edad preescolar; hasta que la integración de educación y escuelas saludables, es una oportunidad, para la desparasitación de los escolares.</p>	<p>Identificar, adaptar e implementar las alternativas de desparasitación en el marco de sub-sistemas de salud, apoyándose en el documento que discutimos: "Pautas para la puesta en marcha de actividades de desparasitación"</p>
<p>Los países, han mostrado progreso en la implementación de la desparasitación desde el sector salud y en algunos casos en coordinación con el sector de educación; sin embargo, la coordinación con otros sectores que tienen que ver con infraestructura, agua, saneamiento y otros aliados, constituye aún un desafío importante</p>	<p>Vincular y coordinar de forma activa las acciones de control de las geohelmintiasis con otros sectores y actores sociales en cada país, incluyendo las ONGs, agencias de Naciones Unidas y organismos internacionales, para potenciar los recursos disponibles y la experiencia de cada uno.</p>
<p>La integración de la desparasitación en otros programas o actividades sectoriales e intersectoriales es una intervención muy costo efectiva, que requiere un proceso detallado y coordinado de planificación y movilización de recursos, implementación y monitoreo y evaluación</p>	<p>Formular un plan de acción anual de cada país para el control de los geohelminios, en el cual se refleja la coordinación y planificación integrada, incluyendo componentes de sistemas de información, supervisión, monitoreo, evaluación y movilización social</p>
<p>Varios países de la región, han estado implementando por más de cinco años la desparasitación de los geohelminios, con coberturas superiores al 75%; sin embargo, la evaluación del impacto sigue siendo un desafío</p>	<p>En los países que han tenido programas sostenidos de desparasitación, evaluar el impacto, para ajustar las intervenciones para el control de las geohelmintiasis, lo cual incluye la estandarización de las pruebas de laboratorio de control de calidad y la metodología del diseño, muestreo, etc.</p>
<p>Algunos países, están accediendo al albendazol a través de OPS/OMS y existe interés manifiesto de otros países, para acceder a donaciones, incluidos otros grupos poblacionales.</p>	<p>Se recomienda a los países que acceden a esas donaciones de medicamentos para niños en edad escolar, que los recursos que se ahorran de la compra de esos medicamentos se destinen a otras actividades, para mejorar el programa, como pueden ser las actividades del monitoreo y evaluación.</p> <p>Los países que estén interesados en acceder a los medicamentos, tengan como respaldo el Plan Operativo para el control de las geohelmintiasis, que describa la planeación, implementación, monitoreo, evaluación y reporte de coberturas.</p> <p>Para la OPS y socios como la Red Mundial de Enfermedades Tropicales Desatendidas, abogar con la industria farmacéutica, para que la donación se pueda ampliar eventualmente a otros grupos poblacionales, como niños en edad pre-escolar, mujeres en edad fértil, adultos, etc., así como disponer de presentaciones líquidas para menores de 5 años.</p> <p>A la OPS/OMS, difundir el proceso estandarizado para la solicitud de donaciones de medicamentos para la región de las Américas.</p>

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
<p>La sostenibilidad es un pilar fundamental, que debe ser considerado en los planes de acciones para la integración de las acciones de control de la geohelmintiasis.</p>	<p>Reforzar la capacidad instalada en los países priorizados para que garanticen la sostenibilidad de las acciones del control de las geohelmintiasis a mediano y largo plazo.</p> <p>La participación de los delegados del Ministerio de Educación, permitió fortalecer el análisis conjunto de las intervenciones integradas para el control de las geohelmintiasis en los países priorizados. Sin embargo, es necesario vincular a delegados y ministerios, relacionados con el acceso de agua y saneamiento, para que se concreten las acciones integradas. En ese sentido se recomienda que OPS/OMS, promuevan la participación de delegados de otros ministerios en talleres o encuentros regionales. De igual forma, se insta a los países para que convoquen a nivel nacional y sub-nacional a los responsables de agua y saneamiento, vivienda, reducción de la pobreza entre otros, para que concreten acciones en el marco de los determinantes de la salud.</p>

RECOMENDACIONES GENERALES

- El programa regional de EID de la OPS, debe fortalecer y ampliar el proceso de coordinación entre los programas regionales de la OPS para promover una cooperación técnica integral a los países del Equipo de Trabajo Regional en Agua y Saneamiento (ETRAS), ubicado en Perú, y está a disposición de las Américas, así como el fondo estratégico para medicamentos e insumos críticos, inmunizaciones, nutrición, ciclo de vida, etc.
- Implementar y fortalecer en todos los países el monitoreo y evaluación de las acciones, incluyendo el levantamiento de líneas de base, el monitoreo de los indicadores de proceso de desempeño y la evaluación de los indicadores de impacto para mejorar la toma de decisiones, para el control de las geohelmintiasis y la implementación de acciones adecuadas a la situación epidemiológica de cada país.
- Es necesario desparasitar no solo a los menores de quince años, sino a otros grupos de edad como mujeres gestantes, a partir del segundo trimestre, mujeres en edad fértil, adultos trabajando en actividades como agricultura, minería entre otros, que viven en zonas de riesgo de transmisión de la geohelmintiasis.
- Sistematizar las prácticas de experiencia de la región, para difundirlas y expandirlas ampliamente con los países.

PANEL DIALOGADO SOBRE EL APOYO DE LAS ONGS Y SOCIOS

¿Cómo pueden las ONGs y otros socios apoyar los esfuerzos tanto nacionales como regionales hacia el control de las geohelmintiasis?

- Este evento pone de manifiesto un hecho fundamental como lo es la *formalización de la informalidad*, porque más o menos se ha trabajado en una forma desorganizada o a la necesidad de los requerimientos, y formalizar la distribución y la administración es fundamental.
- La existencia de las ONG está en relación a que los países tengan o no la necesidad de hacer algunas actividades que no les resultan atractivas y, por lo tanto, las ONG van a existir en esa relación, pero lo fundamental que podemos hacer es aperturar nuestras actividades, transparentar nuestras acciones y articular directamente con los actores involucrados, para poder llegar a la solución estratégica de los problemas planteados.

- Otra área donde las ONG pueden apoyar es en la incidencia a diferentes niveles de la población y a nivel de las autoridades, en las que toman las políticas, porque estas son enfermedades realmente desatendidas, porque no hay una suficiente conciencia del problema que significan estas enfermedades en la salud pública y en general en la productividad del país.
- La entrega de los medicamentos requiere de un canal que pueden ser los servicios de salud, los colegios, pero hay muchas zonas rurales de muchos países donde el acceso es bien remoto y en esos lugares las ONG tienen mayor acceso.
- Contribuir en los aspectos de las experiencias en los aspectos educativos, en los determinantes sociales, en aspectos técnicos de monitoreo y evaluación, desarrollo de algunos planes de implementación, entre otros. También, podría haber algún apoyo dentro de estas organizaciones.
- Es necesario compartir los resultados y las experiencias de los países, hay excelentes experiencias como la de México y Brasil y otros países. Estas experiencias podrían ser utilizadas por otros países en su contexto y serviría además como abogacía para que promover el control de las geohelmintiasis.

¿Cuáles serían los próximos pasos?

- Es importante que las ONG conozcamos la metodología que están trabajando en los planes nacionales para el tema de las brechas; esto es lo que las ONG identifican para determinar las necesidades de colaboración, como es el caso de Honduras.
- Frente al tema de la cooperación entre los países, hay países que tienen muy buena experiencia, como Honduras, México, Nicaragua y República Dominicana. Y algunos países apenas están empezando y pueden alimentarse y aprender de esas experiencias de otros países para mejorar sus actividades y de esta manera construir sus planes.
- Hacer un abordaje integral a nivel de cada país, involucrando todas las ONG, los socios, aliados que se tienen, los gobiernos locales, la comunidad, para tener un mayor impacto y un mayor logro.
- Localmente cada uno de los programas nacionales, debería tener contacto y apoyo de la oficina local de OPS, para formalizar y para elaborar un plan de control de las geohelmintiasis que aquí se planteó. La ventaja de hacerlo con la OPS, es que en un momento dado, la OPS puede apoyar para que las ONG o cualquier otro socio clave que pudiera apoyar ese proceso se uniera en la elaboración del plan.
- Para el sector de la Academia, su contribución estará centrada en apoyar investigaciones alrededor del monitoreo, la evaluación, entre otros. De igual manera, realizar la socialización de los resultados de las investigaciones y de otros documentos alrededor del tema.
- Realizar la revisión de los planes de EID de cada uno de los países. Los donantes están apoyando no solo en la parte de entrega de medicamentos, sino también en WASH y otros procesos y esas son actividades multipropósito, que apuntan e inciden también en otras enfermedades como el tracoma.
- Involucrar a las escuelas formadoras del talento humano del sector de la salud. Son quienes van a revisar si ese niño mayor de un año ya lleva más de seis meses sin desparasitarse y hacer todo lo posible para que no regrese a su casa sin que no se la haya dado su antiparasitario; esto nos va a ayudar a mejorar la cobertura. Hay otro hecho, ya demostrado, que el 60% de las muertes que ocurren en menores de cinco años, tienen que ver de una manera directa o asociada con la desnutrición y sabemos la relación que hay entre la desnutrición y la helmintiasis.

- Quizá las ONG pudieran organizar reuniones regionales para discutir varios temas como de desarrollo social, etc. Quizás, con suficiente anticipación, podamos planificar como OPS y con algunos de los países y se pueda presentar nuestro trabajo en las reuniones de las ONG internacionales. Al menos dos o más se reunirán cada año, donde los trabajos podrían ser presentados y abrir otra ventana de dialogo con posibles socios.
- Para los países, tener un inventario o mapeo de las ONG locales que trabajan en su territorio sería muy importante, ya que apoyaría a aquellas ONG internacionales interesadas en interactuar con las locales que pudieran desarrollar acciones de desparasitación en zonas de difícil acceso.
- Invitar a las ONG a que sistematicen las experiencias que ellos están trabajando en los territorios. Hay experiencias en contextos de poblaciones dispersas con dificultades de acceso; hay experiencias exitosas de ONG trabajando con población indígena, a pesar de la barrera cultural para acceder normalmente o fácilmente con este tipo de intervenciones.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA REUNIÓN

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	COMENTARIOS
<p>Existe interés de los Ministerios de Salud, ONGs, OBFs y socios para coordinar e implementar acciones integradas de control de las geohelmintiasis.</p> <p>Las ONGs, OBFs y socios ratificaron su interés en participar en las acciones de control integral de las geohelmintiasis, no solamente en la donación y distribución de medicamentos, sino en el fortalecimiento de la capacidad nacional y local, apoyando en el entrenamiento, asistencia técnica, monitoreo y evaluación.</p>	<p>Los Ministerios de salud deben identificar el área o grupo líder del control de las geohelmintiasis (y otras EID) para facilitar el diálogo y coordinación con ONGs, OBFs y socios, como parte del fortalecimiento de su rol rector.</p> <p>OPS/OMS puede jugar un papel de catalizador para facilitar el diálogo y coordinación con ONGs, OBFs y socios.</p> <p>Mapear la presencia de ONGs, OBFs y socios implementando acciones de control de geohelmintiasis en los países (quiénes son, dónde están, estructura y recursos, y actividades que desarrollan), aprovechando que existen agencias nacionales que llevan el registro de ONGs, OBFs y socios.</p>	
<p>Existen debilidades en los mecanismos y flujos de información de desparasitación y control de las geohelmintiasis en los países (donación de medicamentos, reporte de coberturas de desparasitación, monitoreo y evaluación, entre otros)</p>	<p>Los Ministerios de Salud deben definir los flujos de datos en cada país de acuerdo con sus sistemas de información establecidos. Esto incluye el reporte de las acciones realizadas por otros ministerios (Eje: Educación), ONGs, OBFs y socios.</p> <p>Los Ministerios de Salud deben fortalecer sus sistemas de reporte de actividades de control de las geohelmintiasis (cobertura, monitoreo y evaluación) para mejorar la calidad y oportunidad del reporte anual a nivel regional</p> <p>Identificar y analizar la información de diferentes fuentes y bases de datos de instituciones y organizaciones que participan en la cadena de acciones de control de las geohelmintiasis para fortalecer la toma de decisiones.</p> <p>Explorar el uso de nuevas tecnologías para mejorar la oportunidad y calidad del reporte de datos (telefonía móvil, sistemas de reporte vía Web, entre otros)</p>	<p>En Ecuador, el Ministerio de Salud va a ser responsable directo de la recolección de la información, por lo que la OPS va a recibir la información oficial por parte del Ministerio de Salud.</p> <p>Se requiere incluir la información relacionada con los determinantes de la salud. Se podría decir a manera de conclusión o complementario a esta: "Existen debilidades en los mecanismos y flujos de la información de los condicionantes sociales"</p>

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	COMENTARIOS
<p>Existen brechas regionales en el monitoreo y evaluación de las acciones de control de las geohelmintiasis, incluida la evaluación del impacto de intervenciones en agua, saneamiento e higiene.</p>	<p>Los Ministerios de Salud deben incluir en sus actividades de control de las geohelmintiasis el monitoreo y evaluación de indicadores de proceso, desempeño e impacto; estas acciones deben tener la participación de otros ministerios, organizaciones, universidades, centros de investigación e instituciones vinculadas al control de las geohelmintiasis.</p> <p>La OPS/OMS en conjunto con los Ministerios de Salud, Ministerios encargados de los temas de agua, saneamiento e higiene y socios deben apoyar en el monitoreo y la evaluación del impacto de las acciones integradas para el control de las geohelmintiasis (incluida la evaluación económica del paquete integrado WASH).</p> <p>Los resultados del monitoreo y evaluación deben ser usados a nivel nacional y subnacional para sustentar la toma de decisiones y modular las intervenciones</p> <p>La OPS/OMS conjuntamente con los socios debe desarrollar e implementar un taller regional sobre monitoreo y evaluación.</p>	<p>Sobre el taller de monitoreo y evaluación, colocarlo de tal forma que sea lo más pronto posible, porque esto es lo que nos va a decir dónde vamos hacer un tratamiento y no podemos esperar mucho tiempo.</p> <p>Hay alguna urgencia en hacerlo y por ejemplo en México, República Dominicana y Nicaragua, están muy interesados en hacer una evaluación de impacto en sus planes desparasitación, que han tenido una continuidad durante cinco años por lo menos o más.</p>
<p>Existen o están en desarrollo protocolos, guías, pautas y lineamientos producidos por OPS/OMS y los socios y aliados para el control de las geohelmintiasis y las Enfermedades Infecciosas Desatendidas, incluidas herramientas en los temas de agua, saneamiento e higiene para la prevención y control de enfermedades infecciosas desatendidas</p>	<p>La OPS/OMS en colaboración con los aliados debe recopilar y poner a disposición de los países y socios regionales los documentos disponibles (de salud, agua, saneamiento e higiene) en una caja de herramientas</p> <p>Mapear y sistematizar las experiencias en los países para conocer y compartir las lecciones aprendidas y buenas prácticas en WASH y/o EID.</p>	<p>Respecto a estas herramientas que se están desarrollando, algunas ya están desarrolladas y que se espera estén a disposición de cada uno de los países. Una realidad para muchos países de Latino América y el Caribe, es que tenemos diferentes escenarios y son como los cordones de miseria peri-urbanos, las áreas rurales dispersas que se caracterizan por un muy difícil acceso, y por un componente étnico importante, por lo que se hace necesario adoptar y adaptar esas herramientas.</p>
<p>Existe una gran variedad de materiales educativos producidos tanto por los Ministerios de Salud como por las ONGs, OBFs y socios para el control de las geohelmintiasis</p>	<p>La OPS/OMS en colaboración con los aliados debe recopilar el material educativo existente y ponerlo a disposición de los países y ONGs, OBFs y socios que lo requieran.</p> <p>Incrementar programas educativos que hagan énfasis en la relación de agua, saneamiento, higiene y salud.</p>	<p>Se hace necesario fortalecer al sector en comunicación y educación hacia la salud. La mayoría de la gente que tiene el contacto con las comunidades son los trabajadores de la salud y casi no están entrenados para hacer comunicación en salud, generalmente hacemos una comunicación vertical, paternalista, de regaño.</p> <p>Colombia tiene un compromiso que es el de avanzar en el tema de la adecuación socio-cultural de los programas de salud pública con los grupos étnicos. La población indígena en Colombia es el 2,5% de la población total. Hace falta desarrollar la adecuación socio-cultural con población afro-colombiana, que en Colombia es más o menos un 10% de la población del país. Nos gustaría mucho mirar ese tema específicamente, por ejemplo con Brasil, con quienes nos gustaría conocer a fondo y compartir experiencias.</p>

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	COMENTARIOS
<p>Algunos países están recibiendo donación de medicamentos a través de OPS/OMS para escolares. Para otros grupos de edad como los preescolares están recurriendo a otras alternativas (compra local, donación de otros socios, etc.)</p>	<p>La OPS/OMS debe abogar por la ampliación de la donación de medicamentos para otros grupos de edad, con el fin de unificar y facilitar la programación y la implementación de acciones en los países.</p>	<p>Poder ubicar enfáticamente los determinantes de la salud en cada uno de los países. Además de la línea de base de la prevalencia de geohelminths, existe la necesidad de tener la línea de base de los determinantes. Nos permitiría incluir prioridades, estratificaciones, integración, oportunidad, vigilancia, monitoreo, financiamiento, abogacía, compromiso, realidades, responsabilidades, adecuaciones, apropiación, política, lenguajes, etc.</p> <p>Las ONG mencionaron: "Si ustedes nos quieren proponer que les ayudemos en algo, nos tienen que delimitar, qué es lo que quieren, dónde lo quieren y con qué características lo quieren"</p>

Comentarios y recomendaciones generales

- Una preocupación de los donantes, con respecto a los antiparasitarios que iban a ser solicitados por medio del Ministerio de Salud a la OPS, pero que no todos los tiempos en los países en la parte administrativa era rápido y pone en riesgo la donación de los medicamentos hacia las campañas. Entonces, era una preocupación y no lo vi reflejado. Y creo que es importante, como esto va a llegar a los países; el hecho de que los países por medio del Ministerio de Salud u otros ministerios, soliciten con tiempo y que traten de hacer los requerimientos lo más pronto posible, para no llegar a la falta de desabastecimiento en algún momento.
- Un tiempo prudencial para solicitar la donación es de seis meses antes de que el medicamento se necesite y hay que tener en cuenta lo que demora el proceso administrativo y burocrático de aprobación en los ministerios para hacer la solicitud. Porque después de que sale la solicitud a OPS/OMS, se toma más o menos una semana en dar respuesta y luego va a tomar seis meses para que el medicamento efectivamente llegue. La recomendación es la de planear a seis meses.
- Es importante mencionar la disponibilidad de Kato-Katz para realizar las líneas de base y los sitios centinelas de monitoreo y evaluación. Para los que lo requieran, OPS/OMS, pueden donar kits de Kato-Katz para los países que lo requieran, de hecho lo hemos donado a: El Salvador, Honduras, Dominicana. El kit alcanza para 400 muestras.
- En relación con la administración de las donaciones, puede ser útil que, desde las secretarías, tener una recomendación general para que los países conozcan los reglamentos o marco normativo frente a los productos donados. Si se identifica algún problema, se debe tratar de resolver desde ya, antes de que los productos lleguen al puerto.
- La calidad del dato que aporta cada país para sus propias cifras de cobertura y las que aporta para la región. En algún momento he oído comentarios respecto a la idea de sumar a las cifras de cobertura los datos de desparasitación que se hacen en la consulta individual. La desparasitación individual tiene un beneficio innegable; pero cuando hablamos de coberturas, estamos hablando de desparasitación masiva, que tiene un impacto en la salud pública de la comunidad foco. Y en esa medida, el dato individual no debería aportar a la cifra de cobertura.
- Las universidades son el puente entre las políticas de salud pública y sus estudiantes, así como la actualización de la información teórica y práctica a los estudiantes, promoviendo el cambio de la visión que la salud pública y las políticas de salud pública necesitan.

Clausura³¹

Hemos logrado mucho trabajo en los últimos dos días y estamos al final de la reunión, pero tenemos más pasos en frente, para continuar con el trabajo con los Ministerios de Salud, los socios, ONG, universidades y otros compañeros de trabajo.

Por parte de nuestro equipo regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas de la OPS/OMS, agradecemos mucho al Ministro de Salud y Protección Social de Colombia, Dr. Alejandro Gaviria y al Señor Vice-ministro de Salud, Dr. Fernando Ruíz Gómez y su equipo de Gerencia.

También a todos los delegados de los ministerios de salud y socios, ONG, Universidades y Fundaciones, por su participación y especialmente por su entusiasmo.

Asimismo, el agradecimiento a los representantes de los Ministerios de Educación de los países que participaron en los días previos a esta reunión.

A nuestros socios en la organización de esta reunión y también en el trabajo del control de la geohelmintiasis, a la Red de Enfermedades Tropicales Desatendidas, a la ONG Children Without Worms, a CIDA/Canadá.

También agradecemos mucho a nuestro colega del Departamento de Control de las Enfermedades Tropicales Desatendidas, de la OMS, Dr. Antonio Montesor; a la OPS Colombia por todo su apoyo logístico y por ser nuestros anfitriones en este trabajo y los preparativos.

Agradecemos mucho a los asesores regionales que participaron activamente en esta reunión. Y también a nuestros puntos focales de la Oficina de país de la OPS.

Agradecimiento al Dr. Luis Carlos Ochoa por su trabajo en las pautas, que fue uno de los respaldos de esta reunión y en el taller de lunes a miércoles de esta semana.

A la Sra. Zoraida Sandoval por su trabajo y apoyo logístico, a la Dra. Celsa Sampson por su colaboración y comentarios. También a nuestras asistentes, la Sra. Sonia Ortiz y la Sra. María Nazario.

Finalmente a todo el equipo regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas, en especial a la Epidemióloga Dra. Martha Saboyá.

Quiero dar mi agradecimiento personal a todos los asistentes por la energía, interés y trabajo que ustedes han hecho en los preparativos para esta reunión durante estos tres días.

Fue impresionante la dedicación y el interés de todos, las oportunidades generadas. Nuestro trabajo aquí en los últimos dos días, fue en verdad dirigido a los niños, niñas y mujeres. Y siempre tomemos en mente que este es el enfoque de nuestro trabajo en salud pública.

¡Muchas gracias!

³¹ Steven Ault - Asesor del Programa de Enfermedades Infecciosas Desatendidas – Organización Panamericana de la Salud

Grupo de Participantes del Taller de capacitación en las pautas operativas para la puesta en marcha de actividades integradas de desparasitación para las geohelmintiasis – Bogotá, Mayo 13 al 15 de 2013 (Foto: F. Hernández)



Grupo de Participantes de la Reunión de los ministerios de Salud, ONG y Socios: Intensificando los Esfuerzos Integrados para el Control de las Geohelmintiasis en la Región de las Américas, Trabajando Juntos por Una Meta Común. Bogotá, Mayo 16 y 17 de 2013 (Foto: F. Hernández)



Foto Portada: Niños del poblado de Santa Rosa, Perú, en la frontera con Colombia (Cortesía R. Restrepo - 2010)