



Informe

Taller sobre la integración de la desparasitación en los paquetes de atención en salud para niños en edad preescolar en las Américas

24 y 25 de marzo de 2011

Organización Panamericana de la Salud y McGill University



TALLER SOBRE LA INTEGRACIÓN DE LA DESPARASITACIÓN EN LOS PAQUETES DE ATENCIÓN EN SALUD PARA NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR EN LAS AMÉRICAS

INFORME

Steven K. Ault, Ruben Santiago Nicholls, Martha Idalí Saboyá
Organización Panamericana de la Salud

Theresa W. Gyorkos
McGill University

24 y 25 de marzo de 2011

Washington, DC.



Front row (from left to right): Karen Palacio, Serene Joseph, Kari Stoever, Rodolfo Rodríguez, Martha Saboya, Josh Colston, Seung F. Lee, Theresa W. Gyorkos, Jon Andrus, Neeraj Mistry, Brittany Blouin, Fryda Jovina Sandoval, Erika Pearl, Layla Mofid, Catherine Duarte, Lidia Ofelia Davila Poveda, Elena Vuolo.
Back row (from left to right): Carlos Alberto Mendoza Ticona, Michael Deming, Antonio Montresor, Albis Gabrielli, Angela Cruciano, Michelle Brooks, Steven Ault, Fidel Angel Nuñez, Ruben Santiago Nicholls, Jose Castillo, Katherine Sanchez, Concepción Zúñiga Valeriano.

Agradecimientos

Estamos especialmente en deuda con dos personas cuyas habilidades organizativas contribuyeron a garantizar el éxito de este taller: Brittany Blouin, coordinadora de la Doctora Gyorkos en el Instituto de Investigación del Centro de Salud de la Universidad de McGill y Catherine Duarte, de la OPS, asignada especialmente al Programa de Enfermedades Desatendidas.

Tabla de contenidos

Lista de acrónimos.....	
Resumen ejecutivo.....	
Introducción y comentarios de apertura.....	
Oportunidades para el mejoramiento de la desparasitación en las Américas.....	
Epidemiología y carga global de la infección y de la enfermedad por HTS en las Américas	
Políticas y planeación de la desparasitación.....	
Programas activos para el control de helmintos en las Américas.....	
Desafíos de los programas de control.....	
Enfoques para la desparasitación en niños en edad preescolar.....	
Monitoreo, evaluación e investigación en los programas.....	
Consideraciones especiales para los programas de control de la desparasitación preescolar: perspectiva de los actores y donantes a nivel global.....	
Conclusiones y recomendaciones.....	
Próximos pasos.....	
<u>Anexos</u>	
Agenda.....	
Lista de participantes.....	

Lista de acrónimos

AIEPI	Atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia
ALB	Albendazol
ALC	América Latina y el Caribe
AMM	Administración masiva de medicamentos
AMS	Asamblea Mundial de la Salud
APM	Asociaciones de padres y maestros
AS	Agua y saneamiento
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CDC	Centros para la Prevención y Control de Enfermedades de los EE.UU.
DMC	Distribuidores de medicamentos en la comunidad
ED	Enfermedades desatendidas
ETD	Enfermedad tropical desatendida
EE.UU.	Estados Unidos de Norteamérica
FL	Filariasis linfática
FRESH	Iniciativa de focalización de recursos en la salud escolar efectiva (por sus siglas en inglés)
GAIN	Alianza Global para el Mejoramiento de la Nutrición (por sus siglas en inglés)
GNNTD	Red Mundial contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas (por sus siglas en inglés)
GSK	GlaxoSmithKline
HTS	Helminos transmitidos por contacto con el suelo
I&D	Investigación y desarrollo
IEC	Información, educación y comunicación
IET	Investigación en enfermedades tropicales
IISC	Institutos de Investigación en Salud de Canadá
IMA	Intereclesial de Asistencia Médica o Salud Mundial IMA
J&J	Johnson & Johnson
MBZ	Mebendazol
M&E	Monitoreo y evaluación
MdeE	Ministerio de Educación
MdeS	Ministerio de Salud
OBF	Organizaciones basadas en la fe
OBI	Operación Bendición Internacional
ODM	Objetivos de desarrollo del milenio
ONG	Organización no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PdeA	Plan de acción

PEFL	Programa para la Eliminación de la Filariasis Linfática
PMA	Programa Mundial de Alimentos
SNE	Salud y nutrición escolares
SNS	Semana Nacional de Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
WASH	Agua, saneamiento e higiene (por sus siglas en inglés)

Resumen ejecutivo

Los helmintos transmitidos por contacto con el suelo, o geohelmintos, infectan a millones de niños en toda América Latina y el Caribe. Las enfermedades causadas por estos parásitos intestinales —incluidas la anemia, la deficiencia de vitamina A, el retraso en el crecimiento y la malnutrición— retardan el desarrollo mental y físico de los niños y tienen efectos a largo plazo sobre su desempeño escolar y su productividad económica. Los parásitos intestinales afectan de manera desproporcionada a los más desfavorecidos, especialmente en las áreas rurales y en las barriadas pobres de las ciudades, atrapando a la población más vulnerable en el ciclo de la pobreza.

Afortunadamente, existen intervenciones costo efectivas de comprobada eficacia para el tratamiento de los parásitos intestinales. Las intervenciones de desparasitación pueden integrarse fácilmente en varios de los programas existentes que muchos países y sus aliados vienen implementando en el campo de la salud, la nutrición, la vacunación, la educación, el acceso al agua y el saneamiento y la generación de ingresos.

Muchos gobiernos, así como otras agencias, ya están realizando campañas de desparasitación, pero aún persisten serias brechas de cobertura. Una de tales brechas se refiere al cubrimiento de las acciones de desparasitación en niños en edad preescolar. Dado el periodo de crecimiento y desarrollo rápidos que normalmente ocurre durante los años de preescolar, la morbilidad causada por las infecciones por parásitos intestinales puede tener consecuencias irreversibles en el desarrollo físico y cognitivo de los niños en esta edad.

Durante el 24 y 25 de marzo de 2011, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Universidad de McGill, en coordinación con la Red Global contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas, realizaron el primer Taller sobre la Integración de las intervenciones de desparasitación a los paquetes de atención en salud para niños en edad preescolar en las Américas, con el fin de explorar mecanismos orientados a cerrar la brecha en la cobertura de desparasitación en niños en edad preescolar.

En la reunión, los expertos provenientes de la academia, de organizaciones internacionales, de ministerios gubernamentales, de organizaciones no gubernamentales (ONG), y de organizaciones basadas en la fe identificaron los 12 principales desafíos frente a la expansión de la cobertura de la desparasitación entre niños en edad preescolar.

1. Establecer, desarrollar y mantener la coordinación y las alianzas intergubernamentales y entre agencias.
2. Integrar la desparasitación a otras intervenciones relacionadas a través de sectores y programas.
3. Crear lineamientos para la planeación, implementación, monitoreo y evaluación de las intervenciones con base en metodologías rigurosas y basadas en la evidencia.
4. Desarrollar e implementar sistemas de notificación confiables, y garantizar su uso por parte de todos los actores.
5. Garantizar la sostenibilidad a largo plazo de las actividades de desparasitación.

6. Asegurar el compromiso político en los niveles locales, regionales y nacionales.
7. Desarrollar una estrategia óptima basada en la comunidad, la clínica, la escuela o el hogar que llegue a los niños en edad preescolar y que pueda ajustarse a las condiciones locales.
8. Cerrar las brechas en la investigación sobre las intervenciones de desparasitación en niños en edad preescolar.
9. Planear e implementar actividades de abogacía dirigidas a las diversas audiencias, incluidos los ministerios de salud, los profesionales de la salud, los nutricionistas, los donantes y los economistas, entre otros.
10. Desarrollar e implementar estrategias de comunicación innovadoras para sensibilizar e incentivar la participación.
11. Promover la participación de las comunidades y educar a los líderes tradicionales y no tradicionales de la comunidad.
12. Identificar y desarrollar las formulaciones de medicamentos ideales para los niños en edad preescolar en el contexto de ALC.

Con base en estos desafíos, los participantes en la reunión plantearon las siguientes 15 recomendaciones para las actividades futuras que deberán emprenderse para adelantar la agenda de desparasitación en niños en edad preescolar.

1. Fomentar el compromiso político a todos los niveles para avanzar en las actividades de desparasitación en niños en edad preescolar.
2. Promover la integración de las actividades de desparasitación a los programas de salud pública existentes y a las plataformas intersectoriales con el fin de optimizar la cobertura.
3. Desarrollar y promover los planes de acción de desparasitación en el contexto de las ETD.
4. Promover la coordinación y las alianzas intersectoriales para optimizar la eficiencia y la sostenibilidad de los programas de desparasitación.
5. Abogar por los programas de desparasitación dirigidos a los niños en edad preescolar entre diversas audiencias, incluidos los ministerios de salud y educación, los profesionales de la salud, los nutricionistas, los donantes, los economistas y los especialistas en agua y saneamiento, entre otros.
6. Fortalecer la capacidad nacional y subnacional para expandir las actividades de desparasitación en niños en edad escolar.
7. Promover la participación de la comunidad y la movilización social en las actividades de desparasitación desde la etapa de planeación hasta las de implementación y evaluación.
8. Promover la innovación en las estrategias de comunicación, las herramientas diagnósticas, la formulación de medicamentos y otros instrumentos de apoyo a las actividades de desparasitación.
9. Desarrollar, armonizar y diseminar los lineamientos para la planeación, implementación, monitoreo y evaluación de las actividades de desparasitación dirigidas a niños en edad preescolar entre las agencias de Naciones Unidas y otras organizaciones.
10. Identificar y llenar los vacíos en la investigación relativa a la salud, la nutrición y el impacto en el desarrollo de las intervenciones de desparasitación para niños en edad preescolar, incluida la articulación con la agenda de investigaciones sobre enfermedades tropicales (IET) y la incorporación de otras áreas de interés tales como la costo efectividad.

11. Desarrollar e implementar sistemas de notificación confiables para las actividades de desparasitación en niños en edad preescolar.
12. Planear estrategias óptimas de prestación de servicios de desparasitación que respondan a las condiciones locales.
13. Ampliar las actividades de desparasitación para niños en edad preescolar en el contexto del nuevo plan decenal de Salud Infantil Integral de la OPS. .
14. Incentivar la colaboración y el diálogo Sur-Sur tanto en el frente político como en el técnico, incluido el intercambio de experiencias y lecciones aprendidas.
15. Investigar la viabilidad del establecimiento de una meta global o regional de cobertura de la desparasitación en niños en edad preescolar.

Introducción y comentarios inaugurales

Introducción, Dr. Jon Andrus, Subdirector de la OPS

Los parásitos intestinales constituyen un peligro real para la salud de millones de niños en América Latina y el Caribe. Causan anemia y afectan de manera adversa su crecimiento físico, desarrollo cognitivo y capacidad de atención. Al reducir el apetito de los niños contribuyen asimismo, a la malnutrición y al deterioro de su desempeño escolar una vez acceden a la educación primaria. En pocas palabras, los parásitos intestinales representan una carga pesada pero poco reconocida para los niños pobres y sus familias, así como para las comunidades, la industria e incluso el desarrollo económico de los países en desarrollo.

La buena noticia es que existen medidas de prevención efectivas y muy poco costosas que el sector de la salud puede adoptar para controlar este problema en niños desde el año de edad en adelante. Además, los determinantes sociales de las infecciones por HTS pueden manejarse de manera intersectorial, involucrando a actores de las comunidades afectadas, a otros sectores de la opinión pública, a la academia y las instituciones de investigación, a las ONG y a los grupos basados en la fe, así como al sector privado.

En el 2009, el Consejo Directivos de la OPS se comprometió a eliminar o reducir drásticamente la carga de un grupo de 12 enfermedades infecciosas desatendidas para el 2015, entre ellas las causadas por los parásitos intestinales. En este sentido, la meta del taller es arrojar luz sobre las necesidades de los niños, quienes integran uno de los grupos más golpeados por las infecciones resultantes de los helmintos transmitidos por contacto con el suelo.

En el taller, los expertos provenientes de los sectores público y privado describirán la carga de la enfermedad en América Latina y el Caribe (ALC), discutirán las herramientas e intervenciones empleadas actualmente y determinarán cómo integrar las actividades de desparasitación a otros programas de intervención en salud y enlazarlas con otros sectores. Ampliarán sus esfuerzos de colaboración en torno a este problema y compartirán las lecciones aprendidas por los países de ALC, los gerentes de programa, los investigadores operativos y las muchas organizaciones que han venido trabajando en la lucha contra las infecciones y enfermedades causadas por HTS durante los últimos años.

Comentarios inaugurales de la doctora Theresa Gyorkos, Profesora, División de Epidemiología Clínica, Centro de Salud y Departamento de Epidemiología, Bioestadística y Salud Ocupacional de la Universidad de McGill

La doctora Gyorkos dio la bienvenida a todos los participantes del evento, el cual constituye una oportunidad única para discutir sobre la desparasitación en niños en edad preescolar. Subrayó el compromiso demostrado por todos los asistentes al aceptar la invitación al taller y llamó la atención sobre los íconos reproducidos en la escarapela de identificación de cada participante para enfatizar sobre los elementos claves del taller. En primer lugar, en tres de los lados aparecen

las banderas de todos los países de las Américas. En el borde inferior se ven nueve imágenes: 1) un niño en edad preescolar; 2) los huevos de los helmintos transmitidos por contacto con el suelo (de *Ascaris*, *Trichuris* y uncinarias); 3) el ícono que representa el cuarto objetivo de desarrollo del milenio (reducción de la mortalidad infantil); 4) una madre y su hijo en edad preescolar; 5) un salón de clases lleno de niños en edad escolar; 6) un niño en edad escolar recibiendo una tableta de medicamento antihelmíntico; 7) el ícono del octavo objetivo de desarrollo del milenio (alianza global para el desarrollo); 8) un área endémica de HTS, y 9) el ícono de los Institutos de Salud Infantil de Canadá, uno de los principales patrocinadores del taller. La doctora Gyorkos recordó la importancia de cada uno de estos íconos y llamó a todos los participantes a tenerlos en cuenta a lo largo de los dos días del taller.

La doctora Gyorkos señaló que muchas investigaciones se han centrado en la desparasitación de niños en edad escolar, y que existe suficiente evidencia acumulada sobre la efectividad de dichos esfuerzos en ese grupo de población. Sin embargo, existen brechas significativas en la investigación relativa a los niños en edad preescolar. Dado que uno de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) adoptados por Naciones Unidas está dirigida específicamente a la salud infantil, y debido al hecho de que las infecciones por HTS no son usualmente fatales, pero sí causan morbilidad y discapacidad significativas, la doctora Gyorkos resaltó la importancia vital de cerrar dicha brecha.

Para lograrlo, los gobiernos y las agencias involucradas en los esfuerzos de desparasitación deben examinar y planear de acuerdo con las circunstancias específicas y los desafíos que pueden presentarse en el esfuerzo por llegar a los niños en edad preescolar y a sus familias. Por ejemplo, los programas de desparasitación deben ser asequibles a las familias, especialmente las madres. La educación tanto para los niños como para los padres debe incluirse como componente de la intervención. Deben identificarse estrategias óptimas y apropiadas de administración de los medicamentos antihelmínticos (por ejemplo, mezclados en bebidas o jugos de frutas u otros alimentos). La doctora Gyorkos subrayó la necesidad de que los participantes en el taller se impusieran el desafío de desarrollar y mantener alianzas activas y robustas, así como de promover la agenda de desparasitación de manera colaborativa. Finalmente, agradeció a la OPS por su decisión de ser co-anfitriona del taller y a los Institutos de Investigación en Salud de Canadá (IISC o CIHR, por sus siglas en inglés) por su generoso aporte para la financiación del evento.

Comentarios inaugurales: Señor Steven Ault, Asesor Regional para Parasitología y Enfermedades Desatendidas, OPS

El Sr. Ault anotó que desde Canadá hasta Argentina y Chile existen individuos afectados por diversas infecciones parasitarias. Sin embargo, los parásitos a menudo infectan a quienes viven en condiciones de pobreza, particularmente a aquellos conocidos como los “mil millones del club de la miseria”. Afligidos por varias enfermedades tropicales desatendidas, a menudo de forma simultánea, luchan por liberarse del ciclo de la pobreza. En América Latina y el Caribe, los integrantes del club de la miseria viven en las *favelas*, o en viviendas y comunidades aisladas en montañas o planicies, o en aldeas de pescadores de las costas, o en las comunidades indígenas rurales.

En este grupo vulnerable, las mujeres y los niños a menudo son quienes más se ven afectados por parásitos como las lombrices intestinales. En las mujeres, los HTS complican el embarazo y pueden poner sus vidas y las de sus bebés en peligro, en tanto que los niños sufren de retraso en su desarrollo físico e intelectual. Ambos grupos pueden verse afectados por la anemia y la malnutrición resultantes de la infección.

En ALC, la OPS estima que hay millones de personas afectadas por los HTS y millones más están en riesgo, y el problema está ilustrado con cuadros, cifras y mapas. Este taller discutirá sobre el impacto de los HTS y la carga que las enfermedades resultantes han creado. De igual manera, llamará la atención sobre los enormes beneficios que los niños reciben con la desparasitación, las actividades educativas complementarias, y con el mejoramiento de los servicios de agua y saneamiento que debe acompañar estas intervenciones para garantizar su éxito a largo plazo. Los participantes discutirán mecanismos para llegar con el tratamiento a los niños en edad preescolar, identificando cuáles funcionan mejor, cuáles no son viables y qué áreas requieren de mayor investigación en el desarrollo de estrategias óptimas de entrega de los tratamientos. Como respaldo a las discusiones, los conferencistas compartirán experiencias de desparasitación en los países de ALC, África y Asia y discutirán sobre los aspectos de política y planeación de los programas.

La meta del taller es identificar los principales desafíos y los problemas a superar en el establecimiento y fortalecimiento de los programas de desparasitación y la ampliación de su cobertura en ALC. Además, servirá para identificar brechas y oportunidades de investigación y para intercambiar sobre cómo monitorear y medir los avances. Diversos actores internacionales presentarán perspectivas y experiencias en aras de la meta común de controlar las infecciones por HTS en los niños.

El taller reúne a expertos y gerentes de programa de Cuba, Nicaragua, Honduras, Perú y Guatemala, así como a colegas de ONG internacionales y de organizaciones basadas en la fe que han decidido comprometerse en la lucha contra los parásitos intestinales en nuestra Región y en el mundo. Entre dichas organizaciones se cuentan Save the Children de EE.UU., Operación Bendición Internacional, la Alianza Global para el mejoramiento de la Nutrición (GAIN, por sus siglas en inglés) e IMA Salud Mundial.

También han aceptado nuestra invitación colegas de otros organismos del sistema de Naciones Unidas como el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA), así como especialistas del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), del Banco Mundial, de agencias de cooperación bilateral, incluida la Agencia para el Desarrollo Internacional de EE.UU. (USAID), de la Agencia de Desarrollo Internacional de Canadá (CIDA) y de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades de EE.UU. (CDC).

Participarán igualmente en el evento asesores regionales y especialistas de los programas de inmunización, nutrición y de AIEPI de la OPS, así como expertos del Departamento de Control de Enfermedades Tropicales Desatendidas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Adicionalmente, el taller se beneficiará con la participación de académicos de diversas universidades, incluida nuestra patrocinadora, la Universidad de McGill, la Universidad de Brock de Canadá, y las universidades de Harvard, Georgetown y George Washington, la

Universidad Nacional Autónoma de Honduras y el centro de investigaciones del Instituto Pedro Kouri de Cuba.

Se invitó a otros colegas de países de ALC que no pudieron asistir al taller. Asimismo, se cursó invitación a expertos de la Fundación Bill y Melinda Gates que tampoco pudieron hacerse presentes, pero su apoyo a los esfuerzos en pro de la desparasitación han sido claves para los enormes avances obtenidos en la cobertura a favor de millones de niños en decenas de países en todo el mundo.

Oportunidades para el mejoramiento de la desparasitación en las Américas

Intervención central: Dr. Neeraj Mistry, Director Ejecutivo, Red Global contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas (GNNTD), Instituto Sabin de Vacunas

Sabemos que hay 46 millones de niños infectados con lombrices y que su tratamiento es posible. Disponemos de medicamentos seguros, efectivos y probados y de un tratamiento simple que implica únicamente la distribución masiva de medicamentos (DMM) una o dos veces al año. Sabemos que si tenemos éxito en llegar a estos niños, podemos, sin lugar a dudas, prevenir las infecciones.

La pregunta es cómo llegar a ellos. Las experiencias pasadas en los escenarios del VIH/Sida y las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) han demostrado que es necesario involucrar a personas de otras disciplinas, tales como los expertos en comunicación para el cambio de comportamiento, los periodistas de los medios y los actores de la industria del entretenimiento. Por ejemplo, fue la participación de las compañías de la industria del entretenimiento la que realmente llevó a la gente a usar el condón y a hacerse las pruebas de VIH. Debemos pensar también en otros socios que se unan al esfuerzo de lograr un impacto global en torno a las ETD y a la desparasitación.

Es importante aclarar la confusión que se da en el ámbito de la salud pública en torno a las ETD. La forma de hacerlo es abandonar el enfoque fragmentado para adoptar uno coordinado en cuanto a la abogacía global, la consecución de fondos y los esfuerzos de programación. Igualmente, debemos considerar las plataformas horizontales y construir de abajo hacia arriba y no al contrario. En otras palabras, en lugar de comenzar por las ciudades capitales para ir hacia la periferia, debemos arrancar de las comunidades y movernos hacia el centro, utilizando plataformas basadas en las escuelas y relacionadas con áreas complementarias, tales como la nutrición y la vacunación, a las cuales deberá incorporarse también la desparasitación.

Debemos lograr también una mejor coordinación. Hasta ahora se ha dado una coordinación puntual con muchos programas pequeños manejados por ONG y organizaciones basadas en la fe, entre otras. Si queremos lograr la cobertura integral necesaria para reducir la enfermedad en la población general, debemos intensificar nuestros esfuerzos en este sentido. Ello significa pensar en la forma de llevar a una mayor escala los programas de intervención y estoy convencido de que el escenario actual es perfecto. Debemos trabajar mancomunadamente para desarrollar e implementar intervenciones bien coordinadas, sostenibles y de alto impacto. Éstas deben ser integrales y tomar en cuenta las complejas implicaciones de las infecciones por HTS, tales como la malnutrición, el deficiente desempeño escolar y desarrollo cognitivo, así como los efectos de más largo plazo de tales consecuencias.

La buena noticia es que las ETD comienzan a atraer la atención. Durante un panel en el que estaban presentes FIOCruc y otras instituciones de toda ALC hablé con la Dra. Roses en el marco de una conferencia muy importante sobre ETD. Esa fue una gran oportunidad para

trabajar con los expertos locales que son quienes mejor conocen el tema. También viajé a Chiapas, Mexico, en un programa piloto adelantado por la OPS y otros aliados locales. Gracias al alto nivel de coordinación entre agencias y a una planeación inmejorable, el programa fue un éxito extraordinario.

Somos afortunados de tener en ALC una fuerte cultura de prevención, con tasas de aceptación de la inmunización de 80, 90 y hasta 100%. Con economías emergentes en países como Brasil, Argentina y México se crea una oportunidad interesante para promover la salud integral y generar el apoyo de los donantes. A través de las inversiones conjuntas de los socios internacionales hemos podido crear programas internacionales de gran escala para varias enfermedades, lo que tiene efectos positivos en su sostenibilidad a largo plazo.

Sin embargo, el precio de muchas de las intervenciones programáticas globales es alto en tanto que es mucho más bajo el de las iniciativas de control de HTS, ya que podemos llegar a muchos niños encontrando la forma de incluirlas en otras intervenciones preexistentes basadas en la escuela o en el hogar y dirigidas a mejorar la nutrición o suministrar otros servicios sociales. El control de los HTS es algo que los ministros de finanzas de la región pueden incluir en los presupuestos a largo plazo.

En cuanto a las perspectivas, veo esta reunión como una oportunidad para dar recomendaciones sobre cómo integrar el control de los HTS en plataformas horizontales y verticales basadas en la escuela y en el hogar y para encontrar mejores formas de colaborar con los trabajadores de la salud en las comunidades, recolectar evidencia y crear el marco técnico que permita intensificar el control de los HTS. Las recomendaciones que surjan de esta reunión están orientadas a la región de ALC, pero tendrán implicaciones globales también. De forma similar a lo sucedido con la iniciativa FRESH, así como a la de “Oportunidades” en México, la cual ha sido tan exitosa que un programa similar se ha lanzado en el Bronx en la ciudad de Nueva York, espero que la experiencia de la Región de ALC en el control de los HTS se convierta en un tema importante de la colaboración sur-sur y sur-norte.

Sesión 1: Epidemiología y carga global de la infección y enfermedad por HTS en las Américas

Moderadora: Dra. Martha Saboyá, Programa Regional de Parasitología y Enfermedades Tropicales Desatendidas, OPS

Epidemiología y carga en niños en edad preescolar: Dra. Theresa Gyorkos, Profesora, División de Epidemiología Clínica, Universidad de McGill

La desparasitación ha tenido impacto en los ocho objetivos de desarrollo del milenio (ODM). La investigación ha demostrado que ésta puede prevenir 82% del retraso en el crecimiento y es responsable de 35% del aumento de peso en niños en edad preescolar con malnutrición. Además, reduce el ausentismo escolar en 25% y mejora la escolarización y la permanencia escolar en niñas. Mejora asimismo los resultados en salud, reduce la malaria grave y la anemia en gestantes. En la esfera ambiental, reduce la contaminación del suelo. Finalmente, sirve como catalizadora de la acción colaborativa.

La meta de la OMS es garantizar la entrega de quimioterapia antihelmíntica a por lo menos 75% de los niños en edad escolar en riesgo de morbilidad para el 2010. Sabemos que esta meta no se ha alcanzado en todos los países, pero gracias a la base de datos sobre quimioterapia preventiva de la OMS, los países pueden informar sobre los niveles de cobertura continuamente.

Según las estadísticas de la OMS para el 2006 y el 2008, hay 31 países endémicos para HTS en la Región de ALC, de los cuales 12 reportan desparasitación con albendazol (ALB) o mebendazol (MBZ). La mayor preocupación reside en que de los más de 106 millones de niños en edad escolar en riesgo por infecciones con HTS, se reportó que sólo 6,4% habían sido tratados en el 2008 en comparación con 22,7% en el 2006. La cobertura por países es la siguiente.

Cobertura de desparasitación reportada a la OMS

Niños en edad escolar en 2006	Niños en edad escolar en 2008
57% Belize	30% Belize
13% Costa Rica	43% Bolivia
11% República Dominicana	5% Colombia
85% Ecuador	77% República Dominicana
58% El Salvador	39% El Salvador
65% Guatemala	13% Guatemala
28% Haití	24% Guyana
61% Honduras	41% Haití
60% México	27% Honduras
⇒ 120% Nicaragua	<1% Jamaica
30% Perú	89% Nicaragua ←
2% Venezuela	0,5% Venezuela

Ref: WER 2008; OMS 2010

El pico de prevalencia e intensidad de infecciones por lombrices (*Ascaris*) y tricocéfalos (*Trichuris*) ocurre en el rango de 5 a 14 años de edad. Para las infecciones por uncinarias, el pico de prevalencia e intensidad ocurre en adultos jóvenes.

La experiencia ha demostrado que la infección reaparece en las áreas endémicas si no se introducen otros cambios en el comportamiento o en el ambiente. Incluso cuando el tratamiento reduce los niveles de infección casi a cero, si no hay cambios en el ambiente, la curva de prevalencia regresará a los niveles iniciales. Por eso es que también debemos hablar de la educación.

En términos de morbilidad por las infecciones con HTS, es importante anotar que en el grupo en edad escolar, los tratamientos antihelmínticos pueden revertir el déficit cognitivo y las deficiencias en la capacidad de concentración y de memoria causadas por las infecciones con HTS. La desparasitación también reduce la anemia y otras secuelas reduciendo el número de parásitos intestinales. Esto se debe a que la morbilidad en niños está relacionada con el número de parásitos en el organismo. Múltiples estudios han confirmado la alta prevalencia de anemia entre niños en edad escolar en la Región; por ejemplo en Guyana, 57% de este grupo presenta anemia.

Dada la importancia de llegar a los niños en edad escolar con intervenciones de desparasitación, la colaboración entre los ministerios de salud y educación es crucial en los países de ALC. En los países en que dicha colaboración es sólida, los programas de desparasitación basados en la escuela son mucho más sostenibles. Por ejemplo, en Guinea, África Occidental, la desparasitación comenzó solo en unos pocos distritos, pero una vez se fortaleció la colaboración entre los ministerios, ese pequeño programa se amplió a nivel nacional, por lo que otros países tal vez querrían ensayar dicho modelo.

Los programas de desparasitación deben encontrar formulas para superar los muchos desafíos que deben enfrentar: lograr el compromiso y el liderazgo político; garantizar una transferencia y recepción del conocimiento efectivas; obtener asistencia técnica; manejar las limitaciones en la implementación y los temas de disponibilidad y costo de los medicamentos; diseñar y usar materiales educativos; desarrollar un plan de monitoreo y evaluación para medir el impacto; identificar y trabajar con los actores locales, e integrarse con otras intervenciones.

Existen varios documentos que son útiles para los gerentes de programa. Uno de ellos se denomina *Control de helmintos en niños en edad escolar* (OMS 2002), cuya segunda edición se publicará pronto. Tales documentos deben traducirse al español para que sirvan de orientación en las operaciones de campo de los programas de desparasitación de ALC.

Epidemiología y carga en niños en edad preescolar: Serene Joseph, candidata a doctorado, Departamento de Epidemiología, Bioestadística y Salud Ocupacional, Universidad de McGill

Más de 2 mil millones de personas en el mundo se ven afectadas por las infecciones por HTS y los niños menores de cinco años constituyen uno de los grupos de mayor riesgo.

Los países con mayor prevalencia en ALC son Bolivia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Haití y varios de los países del Caribe. Sin embargo, incluso entre los países con prevalencias bajas, existe una gran variación regional y son muchos los focos vulnerables.

En niños en edad preescolar, las infecciones por *Ascaris* y *Trichuris* son las más comunes. La preocupación frente a este grupo de edad es que aunque el tamaño corporal de los niños es más pequeño, no ocurre así con los parásitos y éstos ocupan más espacio. Además, la primera infancia es un periodo de muy rápido crecimiento y desarrollo, especialmente en los primeros 24 meses de vida, y es poco lo que se sabe sobre los efectos de las infecciones por HTS en este grupo de edad.

En los estudios que realizamos en la región de la Amazonia en Perú, encontramos infecciones en niños hasta de ocho meses. Para cuando alcanzan los 12 meses de edad, 20% de los bebés está infectado y a los 14 meses de edad la tasa de infección es cercana a 40%. Esto muestra que a medida que los niños adquieren movilidad y comienzan a explorar su medio ambiente, rápidamente adquieren infecciones por HTS.

En una encuesta de hogares que realizamos en Belén, Perú, encontramos una prevalencia de infecciones por HTS de 48% en niños menores de cinco años. Adicionalmente, encontramos que la infección de intensidad moderada por *Trichuris* era un factor de riesgo tanto para el bajo peso como para la emaciación asociada a la malnutrición, y que la infección por uncinarias también era un factor de riesgo para ésta.

En toda la Región de ALC se estima que 10% de las personas con infecciones por HTS son niños en edad preescolar entre los 0 y 4 años, lo que significa que cerca de 8 millones están infectados por *Ascaris*, 10 millones por *Trichuris* y 1 millón por uncinarias.

Cada vez más los programas de desparasitación incluyen a los niños en edad preescolar como grupo de alto riesgo. En el 2002, la OMS recomendó la inclusión de los niños a partir de los 12 meses de edad en las intervenciones sistemáticas de desparasitación. La recomendación era suministrar a los niños entre 12 y 24 meses de edad mebendazol (500 mg) o la dosis menor de albendazol (200 mg).

Entre el 2007 y el 2008, la desparasitación en niños en edad preescolar aumentó en términos del número y del porcentaje de cobertura para alto riesgo (es decir, de 2% a 5%), pero la cobertura global de 5,3% permanece a niveles inaceptablemente bajos. Los detalles de la cobertura se presentan a continuación.

Cobertura de desparasitación en edad preescolar

	Global 2007	ALC 2007	Global 2008	ALC 2008
# de países endémicos	130	31	130	31
# de países que notifican	49	6	46	5
# de niños tratados	90.787.873	836.953	104.398.086	2.222.107
# de niños en riesgo	385.571.176	42.300.793	386.121.144	41.926.290
% de niños tratados	23,55	1,98	27,04	5,30

OMS. Helmintiasis transmitidas por el suelo. Registro epidemiológico semanal 2010;85:141-8

Aunque se han logrado algunos avances, es mucho lo que aún debe hacerse. La Región de ALC presenta la cobertura más baja para este grupo de edad de todas las Regiones de la OMS y muchos países no informan de sus coberturas. Sin embargo, hay algunos puntos de luz en este cuadro: Nicaragua logró al menos 75% de cobertura entre 2007 y 2009 y Haití también alcanzó una cobertura de 75% en el 2008 (no así en el 2009). México y Belize sobrepasaron 50% de cobertura en el 2009, y fueron siete los países que informaron sus coberturas en ese año.

La literatura ha descrito numerosos beneficios físicos de la desparasitación en edad preescolar, incluido el aumento de peso y talla y la disminución de la emaciación. Los beneficios cognitivos son más difíciles de medir en este grupo de edad, ya que no asiste a la escuela y no se le aplican las pruebas de CI; sin embargo, se han podido notar mejoras en el desarrollo lingüístico.

Existen todavía retos que hay que superar y se requiere de mayor investigación sobre este grupo de edad. Particularmente, se necesitan mayores estudios para determinar el efecto de la desparasitación en el crecimiento y desarrollo de los niños en edad preescolar y también es importante recoger información desagregada por edad. Los desafíos operativos incluyen idear estrategias óptimas de suministro e integración, determinando la dosis ideal de albendazol requerida para niños de 12 a 24 meses de edad, así como probar formulaciones del medicamento tales como la suspensión líquida y las tabletas masticables, pulverizables o enteras. Deben considerarse también los aspectos de costo efectividad de las intervenciones. Finalmente, dados los resultados de nuestro estudio en el Perú, es importante discutir si debe aplicarse tratamiento a los niños de menos de 12 meses de edad.

Las HTS en ALC, actualización sobre su mapeo: Sr. Steven Ault, Asesor Regional para Parasitología y Enfermedades Desatendidas; Dr. Santiago Nicholls y Dra. Martha Saboyá, Programa Regional de Parasitología y Enfermedades Desatendidas, OPS

En la Región de ALC cerca de 200 millones de personas viven por debajo de la línea oficial de pobreza, lo que representa 25% del total de la población, y un gran número de ellas son niños.

Las ETD afectan de manera desproporcionada a la población de bajos ingresos, a los sectores marginados, a los indígenas y a los grupos étnicos minoritarios. En cuanto tales, se las considera un importante determinante social de salud. Históricamente, las ETD son un legado de la esclavitud, particularmente la lepra, la esquistosomiasis, la filariasis linfática y la oncocercosis, las cuales llegaron a las Américas desde el África hace 400 años a través del tráfico de esclavos. Hoy siguen contribuyendo a perpetuar el ciclo de la pobreza.

Son muchos los retos que deben superar las familias cuando se enfrentan a las ETD. Muchas de ellas viven en áreas de difícil acceso que van desde aldeas pesqueras en las costas hasta viviendas en las zonas rurales montañosas. Es difícil para estas familias viajar hasta los centros de salud, además de las barreras culturales y de lenguaje que deben resolver.

Muchas de estas familias viven en ambientes inseguros o carecen de acceso adecuado a los servicios, incluidos los de educación y atención en salud, saneamiento y sistemas de drenaje, así como vivienda adecuada, factores éstos que contribuyen a la aparición de infecciones por HTS.

Como organismo internacional, tenemos el imperativo ético y moral de enfrentar este problema. En el 2009, se aprobó una resolución importante para eliminar como problema de salud pública o para reducir drásticamente la carga de las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) para el 2015. Estas enfermedades han sido clasificadas en tres grupos, siendo el primero el que incluye las enfermedades que son objeto de eliminación, y el grupo dos el de las HTS y la esquistosomiasis, para las cuales se propone como objetivo una reducción drástica empleando las herramientas disponibles, aunque no se espera su eliminación total. El tercer grupo integra las enfermedades que requieren de mayor evaluación y del desarrollo de herramientas y métodos más efectivos de tratamiento.

En cuanto a las infecciones por HTS en particular, la meta en ALC es reducir la prevalencia entre niños en edad escolar a menos de 20% en las áreas en riesgo moderado y alto (en las que la prevalencia actual supera 20%). Para lograrlo, la OMS recomienda la administración masiva de medicamentos (AMM) con el fin de cubrir mínimo 75% de ese grupo de edad. La AMM debe hacerse dos veces al año en las áreas de alta prevalencia (infecciones en más de 50% de los niños en edad escolar). Las intervenciones complementarias deben incluir la educación en salud, así como mayor acceso al agua potable y a los servicios de saneamiento.

La OPS ha establecido una alianza con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y con la Red Global contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas (GNNTD)/Instituto Sabin de Vacunas) para avanzar hacia esta meta. Dicha alianza brinda cooperación técnica para promover el desarrollo e implementación de planes integrales de control de las ETD. Apoya igualmente el levantamiento de mapas y promueve el diseño y realización de encuestas para determinar la información de línea de base de la prevalencia y la intensidad de las infecciones. Por último, hace abogacía y moviliza recursos para el control de las ETD. Además, se ha establecido un fondo fiduciario para apoyar los programas integrales de control y eliminación de las ETD y ya se han formulado proyectos pilotos en México y Brasil.

Datos sobre población en riesgo y cobertura de desparasitación. Dr. Santiago Nicholls

Hace unos pocos años, la OPS estimó el tamaño de las poblaciones de niños en edad preescolar y escolar en riesgo frente a las infecciones por HTS en las Américas utilizando el documento sobre los indicadores básicos de la Organización y los datos oficiales provenientes de los países. Según el análisis sobre las brechas y necesidades de cooperación técnica realizado por la OPS, los países fueron clasificados en cuatro categorías. De un total de 33 países, los 17 con mayor número de niños en edad preescolar y escolar en riesgo fueron Belize, Bolivia, Brasil, Colombia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Panamá, Perú, Santa Lucía, Surinam y Venezuela, los cuales fueron agrupados en las categorías 1 y 2. Además, la OPS estimó que focalizar los esfuerzos y acciones de desparasitación para reducir la morbilidad en estos 17 países permitiría llegar a 94% de los niños en edad preescolar y 93,5% de los niños en edad escolar en la Región, lo que combinado representaría un total de aproximadamente 42 millones de niños. Así pues, nuestro esfuerzo se centra en dar prioridad a estos dos grupos sin olvidar otros segmentos de la población.

Del 2005 al 2010, la cobertura de desparasitación entre niños en edad preescolar ha sido mucho más baja que en niños en edad escolar en ALC. Entre los niños en edad preescolar, ha variado de

12,5% en el 2005 a menos de 2% en el 2007 y a casi 11% en el 2009. En los de edad escolar, la cobertura comenzó en cerca de 34% en el 2005, cayó a menos de 22% en el 2008 y aumentó de nuevo a más de 33% de los todos los niños en edad escolar de la Región.

El equipo de ETD de la OPS ha detectado una serie de desafíos y oportunidades de colaboración. Es necesario unir esfuerzos para mejorar la cobertura de la Administración masiva de medicamentos (AMM) para desparasitación, así como el monitoreo y la evaluación de los programas (M&E). También debemos encontrar formas de insertar la desparasitación en otras plataformas de suministro de servicios de salud tales como su inclusión en los esfuerzos de AMM para otras ETD, incluidas la filariasis linfática, la esquistosomiasis y la oncocercosis; integrarla o adosarla a los programas de control del VIH, la TB, la malaria y otras enfermedades. Para aumentar de forma patente el éxito de nuestras intervenciones debemos adoptar un enfoque sectorial, incorporando la desparasitación a programas integrales que incluyan también el mejoramiento del suministro de agua y de los servicios de saneamiento. Finalmente, creemos de los programas tendrán un mayor impacto a mediano y largo plazo si utilizan el enfoque de determinantes sociales para planear y medir los logros.

Levantamiento de mapas sobre prevalencia e intensidad de las infecciones por HTS en ALC. Dra. Martha Saboyá

Desde el 2009 hemos venido trabajando en el levantamiento de los mapas de la carga de la enfermedad en todos los 33 países. Como parte de este esfuerzo preparamos perfiles epidemiológicos de la prevalencia de las HTS en niños en edad escolar y preescolar, así como de otras ETD en el primer nivel administrativo subnacional, porque queríamos saber qué áreas de la Región tenían la prevalencia más alta. Durante el 2010 adelantamos un estudio de levantamiento de los mapas de prevalencia e intensidad de las infecciones por HTS tanto en niños en edad preescolar como en edad escolar en el segundo nivel administrativo subnacional. Actualmente, nuestro estudio de levantamiento de mapas está disponible solamente en borrador y la publicación del documento final se prevé para el próximo mes.

Para nuestro estudio revisamos la literatura científica publicada entre el 2000 y el 2010, así como los datos publicados en los portales de Internet de los ministerios de salud y las ONG, y encontramos 236 artículos con datos relevantes. De estos, 120 satisfacían nuestros criterios de inclusión, lo que nos dio 335 puntos de datos en 18 países.

No nos sorprendió encontrar escasez de estudios sobre niños en edad preescolar; de los 335 puntos de datos, sólo 11,9% (40 puntos de datos) contenía información sobre prevalencia en niños en edad preescolar, 56,7% (190 puntos de datos) en niños en edad escolar y 31,3% (105 puntos de datos) en niños entre 1 y 14 años de edad.

A partir del estudio concluimos que 34,9% de los puntos de datos sobre prevalencia de HTS publicados y seleccionados para el análisis mostraban valores entre >20 y 50%, y 27,8% por encima de 50% indicaba que al menos 62% de los niños requiere desparasitación por lo menos una vez al año en estos lugares específicos.

Adicionalmente, los 151 puntos de datos en siete países que traían información sobre la intensidad de la infección mostraban que 28,5% de las infecciones eran graves (casi dos tercios debidas a *A. lumbricoides*), y que cerca de 35% eran de intensidad moderada.

Determinar la prevalencia en niños en edad preescolar es difícil debido a los poquísimos datos disponibles. Por ejemplo, la República Dominicana no tiene publicados datos sobre prevalencia para niños en edad preescolar ni en edad escolar; en el caso de Brasil se encontró un número importante de datos sobre la prevalencia de HTS en niños en edad escolar, pero muy pocos para los de edad preescolar. Al menos entre los niños en edad escolar, dichos datos muestran los lugares cuyos niveles de prevalencia indican la necesidad de emplear enfoques de desparasitación focalizados localmente.

El estudio suministra los datos de prevalencia desglosados por sub-región. Los países pueden emplearlos para saber dónde han tenido impacto los programas de desparasitación hasta la fecha, así como aquellos en donde existen brechas en el levantamiento de mapas. Sin embargo, su utilidad se ve limitada por el hecho de que algunos países no publican datos para ninguno de los dos grupos de edad, y son muy pocos los datos existentes para el grupo en edad preescolar particularmente.

Creemos que los siguientes pasos de utilidad incluyen el uso de los resultados de este estudio para adelantar tareas de abogacía que favorezcan la agenda de desparasitación y la realización de posteriores levantamientos de mapas. En una segunda fase, proponemos usar los datos en el desarrollo de modelos geoespaciales para predecir la prevalencia en áreas con condiciones socioeconómicas y ambientales similares. Por último, prevemos una tercera fase en la que se empleen esos modelos predictivos para la identificación de áreas que requieran actividades de desparasitación una o dos veces al año.

Sesión 2: Políticas y planeación de la desparasitación

Moderadora: Karen Palacio, Oficial de Programa, Red Global contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas (GNNTD), Instituto Sabin de Vacunas

Desnutrición y desparasitación. Kari Stoeber, Asesora Sr. para la Abogacía Global, Alianza Global para el Mejoramiento de la Nutrición (GAIN)

GAIN es la única alianza dedicada exclusivamente a la nutrición global; su meta es llegar a mil millones de personas, especialmente mujeres y niños, para el 2015, a través de programas tales como el de fortificación de alimentos con ácido fólico en Sudáfrica, fortificación con hierro en Egipto y yodación de la sal en diversos países. La Alianza se estableció como parte de Naciones Unidas en el 2002 y se independizó de ésta en el 2005. Tiene su sede central en Ginebra, Suiza, y recibe aportes de donantes como la Fundación Gates, así como de más de 600 alianzas con empresas y multinacionales.

GAIN centra sus actividades en cuatro áreas programáticas prioritarias: nutrición, desarrollo y apalancamiento de negocios, gerencia basada en el desempeño y políticas y abogacía. Aunque trabaja en más de 25 países, la mayoría se encuentran en Asia y África y unos pocos en ALC. GAIN estima que llega a más de 400 millones de personas al día, de las cuales solo 2% se encuentran en ALC, por lo que actualmente está explorando vías para expandir sus iniciativas en ALC.

Entre sus logros puede mencionarse el haber ayudado a alcanzar 30% de reducción en los defectos del tubo neural en África por medio de su programa de fortificación con ácido fólico, así como la disminución de un tercio de la anemia en China.

La deficiencia de hierro es la forma más común de malnutrición y de anemia; otras causas importantes de la anemia incluyen los parásitos intestinales y la malaria. La anemia por deficiencia de hierro es un factor importante de riesgo de la mortalidad materna y causa 115.000 muertes al año.

Parte del trabajo en política y abogacía de GAIN es la disseminación de mensajes de sensibilización sobre cómo una mejoría en la nutrición global es importante desde el punto de vista económico debido a su impacto en el PIB, y desde el punto de vista social debido a que hoy la malnutrición es la causa de un tercio de las muertes en niños a nivel mundial. En términos económicos, las investigaciones de GAIN han mostrado que una inversión de \$347 millones en el mejoramiento de la nutrición global produciría \$5 mil millones de beneficio a través de las muertes evitadas, el aumento del ingreso y la reducción del gasto de atención en salud.

La desnutrición generalmente comienza en las madres y crea un ciclo intergeneracional en el que las mujeres desnutridas presentan retraso en su crecimiento y como madres dan a luz hijos más pequeños que también sufren de desnutrición y, por ende, no crecen ni se desarrollan física e intelectualmente. Los daños sufridos en los años iniciales de vida desembocan en discapacidad permanente: los primeros 1.000 días de vida a partir de la concepción inscriben en piedra el futuro de un niño. La desnutrición de madres y niños durante este periodo puede causar daño permanente, incluido un bajo CI. Cuando los niños llegan desnutridos a la edad de dos años, sufren 10% de pérdida de su futura productividad. Además, la desnutrición temprana desemboca posteriormente en tasas altas de obesidad debido a la rápida ganancia de peso cuando niños previamente desnutridos llegan a la edad adulta; este fenómeno ha tenido efectos devastadores en el aumento del riesgo de enfermedades crónicas a nivel mundial. En resumen, el retraso en el crecimiento y la emaciación en los primeros años de vida determinan el escenario de vida de un niño para siempre, perpetuando así el ciclo de la pobreza.

GAIN estima que 178 millones de niños menores de cinco años tienen retraso en el crecimiento. En ALC este problema se ve particularmente en Guatemala y Perú, en donde las tasas de anemia son bastante altas. Sin embargo, hay muchos puntos críticos en toda la Región que no se detectan cuando se revisan los promedios por país.

Según la serie de Lancet sobre desnutrición materna e infantil publicada en el 2008, los factores de riesgo para desnutrición dan cuenta de más de 35% de todas las muertes en niños y de 11% de

la carga de enfermedad total a nivel global. En cifras absolutas, cada año más de 3,6 millones de mujeres y niños mueren como resultado de la desnutrición.

Un nuevo movimiento mundial en pro de la nutrición llamado *Scaling Up Nutrition* (SUN) ha surgido con el objetivo de enfrentar el problema de la desnutrición en el mundo. SUN es un grupo de trabajo sin afiliación definida y conformada por la Iniciativa de los 1.000 Primeros Días, el programa Alimentemos el Futuro de la Secretaria Clinton, USAID, GAIN y unas 100 organizaciones más. Su meta es garantizar recursos globales de apoyo a los planes nacionales de nutrición y de ampliación de intervenciones en nutrición de eficiencia probada y costo efectivas. La obtención y administración de medicamentos antiparasitarios es una de las intervenciones que SUN busca apoyar.

SUN ha establecido las siguientes áreas de trabajo prioritarias: desarrollo e implementación de planes nacionales de nutrición; diseño, implementación, monitoreo y presentación de informes de proyectos; comunicación y abogacía; creación de redes y movimientos globales; desarrollo e intercambio de conocimientos, estándares y políticas; vías de financiación y gobernabilidad.

A través de SUN y sus miembros se abren oportunidades de enlazar la desparasitación a la nutrición, especialmente estableciendo modelos integrales de prestación de servicios, apalancando mercados para el suministro de bienes públicos, abogando por políticas de apoyo, fortaleciendo capacidades, impulsando plataformas con actores múltiples y desarrollando e intercambiando evidencia.

Selección de los medicamentos para la desparasitación y precauciones de seguridad. Dr. Antonio Montesor, Departamento de Control de ETD, OMS

La comunidad de salud pública reconoce la necesidad de adelantar campañas a gran escala para desparasitar a los niños más pequeños y hoy en el mundo se hace desparasitación en más de 100 millones de niños en edad preescolar cada año.

Aunque GlaxoSmithKline (GSK) y Jhonson & Jhonson (J&J) han aumentado la disponibilidad de antihelmínticos a través de la donación de medicamentos (GSK, albendazol y J&J, mebendazol), actualmente dichas donaciones sólo se ofrecen para niños en edad escolar.

Los modelos empleados para la distribución de estos medicamentos incluyen las estrategias de alcance extendido, las campañas de inmunización y administración de vitamina A, las intervenciones focalizadas en distritos con deficiencias nutricionales, la extensión de rutina y los días o semanas de salud infantil. Por ejemplo, México ha tenido éxito en el aprovechamiento de las semanas de salud infantil para administrar los medicamentos antihelmínticos.

Los fármacos de elección para la desparasitación han sido el albendazol (ALB) y el mebendazol (MBZ), cuya administración ha experimentado aumentos dramáticos en años recientes. La lógica que subyace la selección de los mejores antihelmínticos depende de tres factores: su costo, su disponibilidad y su efectividad.

En términos de costos, los antihelmínticos son usualmente económicos, con un promedio de US \$0,02 por dosis para las tabletas tanto de ALB como de MBZ en el marco de programas amplios de desparasitación. Parte de los medicamentos son donados sin costo alguno, pero generalmente el costo depende de la cantidad pedida. Los medicamentos genéricos y producidos localmente pueden ser incluso más baratos, pero se requiere realizar exámenes independientes para garantizar que contienen las cantidades suficiente de ingredientes activos, así como para asegurar las tasas adecuadas de desintegración y disolución. Las investigaciones han demostrado que el ALB y el MBZ tienen una eficacia similar de alrededor de 95% para *A. lumbricoides*, 85% para uncinarias y 80% para *T. trichiura*.

El pirantel/oxantel (tabletas masticables de 250 mg) y el levamisol (tabletas masticables de 40 mg) también son efectivos contra los tres tipos de lombrices, pero su administración es complicada, ya que la dosis depende del peso corporal del niño (10 mg/kg y 2,5 mg/kg, respectivamente).

Todos los antihelmínticos recomendados por la OMS tienen un excelente perfil de seguridad cuando se administran en dosis únicas. Puesto que los medicamentos no son absorbidos por el organismo de los niños, los efectos secundarios son raros y cuando ocurren son leves y pasajeros. Las investigaciones han mostrado que el MBZ y el ALB pueden administrarse de manera segura en combinación con el prazicuantel (en niños en edad preescolar) y la ivermectina (en niños en edad escolar). Sin embargo, ha habido informes de que los niños en edad preescolar tienen dificultad para deglutir las tabletas, por lo que debe considerarse el riesgo de asfixia. Sin embargo, según los estudios de campo de la OMS, la mayoría de estos niños son capaces de tomar el medicamento sin problemas cuando los maestros han recibido entrenamiento para administrarlos correctamente.

Los materiales de capacitación de la OMS enseñan los aspectos básicos de la administración de los medicamentos, incluida la indicación de nunca forzar a los niños a tomar el medicamento, la forma de administración, qué hacer si el niño presenta signos de asfixia y cómo mezclar las tabletas masticables o pulverizables con el alimento o las bebidas. La administración de los medicamentos puede hacerse en los sitios designados para su distribución o en casa para así reducir la ansiedad en los niños. La OMS también publica un boletín de capacitación.

Antes de iniciar la desparasitación en un lugar es muy importante comunicarse con los líderes de la comunidad y con los padres de familia para explicarles cuidadosamente el tratamiento y evitar que surjan celos o malentendidos. Igualmente, es importante mostrar preocupación y tratar incluso los efectos secundarios menores con el fin de reducir al mínimo las sospechas.

Integración con los programas de vacunación y de suministro de complementos nutricionales. Dr. Antonio Montresor, Departamento de Control de ETD, OMS

Los niños en edad preescolar, en edad escolar y los adolescentes están especialmente en riesgo frente a las infecciones parasitarias debido a que están en un periodo de crecimiento físico e intelectual intenso. Por ello es tan importante llegar a ellos con el tratamiento antiparasitarios. La dosis de tratamiento antihelmíntico (1 tableta) es la misma para los tres grupos de edad,

excepto para el caso del ALB en niños de 12 a 24 meses de edad, quienes deben recibir media tableta (o sea, 200 mg).

La OMS actualmente está en proceso de revisar sus estimativos sobre las infecciones parasitarias en niños en edad preescolar y escolar. Los nuevos estimativos plantean que 272 millones de niños en edad preescolar y 610 millones en edad escolar están infectados. Estos estimativos se basan en los nuevos datos notificados por los países, así como en información epidemiológica, ecológica y de acceso a saneamiento básico. Se espera que el informe de la OMS con estos nuevos estimativos se publique en junio de 2011.

Los daños que las infecciones parasitarias producen en los niños incluyen la anemia, las deficiencias de memoria y de fluidez en el lenguaje, así como el retraso en el crecimiento. La distribución de 400 mg de ALB o 500 mg de MBZ una vez al año es suficiente para controlar la morbilidad debida a los parásitos. Actualmente las intervenciones de desparasitación en niños en edad preescolar están integradas a los programas de inmunización y de complemento nutricional con vitamina A. Dicha integración ayuda a reducir los costos de las intervenciones.

A partir del 2009, sin embargo, sólo 30% (182 millones de un total de 611 millones en riesgo) de los niños en edad escolar en riesgo y 37% (101 millones de 273 millones en riesgo) de niños en edad preescolar han recibido tratamiento. Para subsanar las grandes brechas en la administración del tratamiento, la OMS está preparando un plan para el control de las HTS. Aprovechando los medicamentos y las donaciones de GSK y J&J, así como los fondos de fundaciones, la OMS espera ampliar significativamente la cobertura de desparasitación en niños en edad escolar y preescolar.

Al integrar la desparasitación a programas existentes como los de complementos nutricionales o inmunización, los costos de ésta disminuyen de \$0,27 (USD) a \$0,025 (USD) por niño si se los compara con los programas dedicados exclusivamente a la desparasitación.

La integración también beneficia a los otros programas, ya que las intervenciones de desparasitación tienden a ser bien recibidas por las comunidades locales e incluso son populares porque producen resultados muy rápidamente. Por lo tanto, integrar la desparasitación puede aumentar la confianza de las comunidades en los servicios de salud, así como las tasas de participación en los programas de complementación e inmunización.

Así mismo, la integración con los programas de complementación con vitamina A e inmunización es sinérgica desde el punto de vista biológico. Las investigaciones muestran que las tasas de absorción de vitamina A en niños infectados mejoran significativamente después de recibir los medicamentos antihelmínticos. El mecanismo que explica tal hecho todavía está en estudio, siendo las teorías más plausibles que las lombrices compiten por la vitamina A o de alguna manera son responsables de su mala absorción.

También se ha demostrado que las infecciones parasitarias debilitan el sistema inmune en animales de prueba. Así, la desparasitación probablemente aumente la aceptación de las vacunas, como lo evidencian los resultados de estudios en que se demuestra la deficiente respuesta a las vacunas contra neumonía y TB en individuos infectados con parásitos intestinales. Naturalmente

se requiere continuar las investigaciones para definir el mecanismo por medio del cual las lombrices alteran la respuesta inmune del organismo.

Otra razón que valida la combinación de la desparasitación con otras intervenciones programáticas es la fácil administración de los medicamentos antihelmínticos. Una hoja de datos es lo único que se requiere para entrenar al personal del programa e instruirlo en la administración de una tableta por cada niño y en el manejo de cualquier efecto secundario como los signos de asfixia.

En fin, la desparasitación es barata, sencilla y segura. Dado su significativo impacto sobre la salud, su capacidad para crear sinergias con los programas de inmunización y complementación con vitamina A, así como para mejorar las percepciones en torno a los servicios de salud, la integración con dichos programas tiene mucho sentido.

La OMS cuenta con datos detallados sobre todos los países en que los helmintos son endémicos, así como con documentos y publicaciones sobre su control y sobre la integración de la desparasitación con otros canales de prestación de servicios, los cuales están disponibles de forma gratuita en su portal de Internet (<http://www.who.int>).

Discusión sobre las políticas y planeación de la desparasitación

Pregunta 1: Cuando se añade ivermectina al ALB/MBZ los resultados son dramáticos, pues las tasa de cura aumentan considerablemente y la intensidad se reduce. En vista de estos resultados, ¿cree que la adición de ivermectina es conducente? ¿Puede ésta administrarse a niños en edad preescolar?

Respuesta 1: Algunos países en desarrollo ya están tratando a los niños en edad preescolar con ALB e ivermectina en el marco del programa de eliminación de la FL. Contamos con algunos datos sobre la combinación de estos medicamentos, pero el problema es que la ivermectina por sí misma no es el fármaco de elección para las HTS. Así mismo, hay indicaciones de que la administración conjunta de los dos fármacos pueda incrementar la resistencia a éstos en los parásitos. Sin embargo, creo que este es el camino a seguir y haremos todo lo posible para suministrar las recomendaciones informadas más apropiadas tanto a los donantes como a los fabricantes de medicamentos.

Pregunta 2: ¿Por qué dice que la comunidad que trabaja en nutrición no cree que la desparasitación mejore el estado nutricional en los niños? ¿Qué barreras existen más allá de la evidencia científica?

Respuesta 2: Están trabajando en los niños más vulnerables y en acceder a los macro y micronutrientes de importancia crucial en los primeros 1.000 días de vida. Tampoco están conscientes del perfil de riesgo-beneficio de la desparasitación en niños de menos de dos años de edad. La percepción que tienen es que la desparasitación no es efectiva porque algunos de los niños ya tratados siguen presentando helmintos (aunque en número mucho menor). Será muy importante diseminar la información que se presente aquí, no sólo sobre la prevalencia de HTS en niños menores de dos años, sino sobre el impacto positivo de la desparasitación en la

absorción de vitamina A.

Comentario/Pregunta 3: Dado que la desparasitación debe hacerse periódicamente y no en una única ocasión, ¿cómo podemos manejar la sostenibilidad del programa en nuestra política, nuestra planeación y nuestros esfuerzos de abogacía? Más que hablar sobre la gran eficacia de una única administración de medicamentos, debemos promover la sostenibilidad de los programas nacionales.

Comentario/Pregunta 4: En Honduras, si se le preguntara a los funcionarios escolares sobre si existe un programa de desparasitación, la mayoría respondería que sí, pero la mayoría de los niños sigue estando infectada. El problema es que la mayoría de las personas no tiene la menor idea de la forma en que los helmintos se transmiten. ¿Cómo podemos incluir la educación en salud, la promoción, la alfabetización y la higiene en un solo paquete para no enfocarnos solamente en enfermedades específicas? Tenemos que ver más allá de la simple administración de tabletas.

Respuesta 4: El agua y el saneamiento son críticos en la nutrición también. Si los niños tienen diarrea, disponer de buenos alimentos no ayuda. Debemos continuar promoviendo el acceso al agua y al saneamiento en los sistemas agrícolas y de salud para reducir la diarrea y, en consecuencia, la malnutrición.

Pregunta 5: ¿Puede darnos información sobre la desparasitación en mujeres gestantes?

Respuesta 5: Existe evidencia de que las gestantes pueden recibir ALB/MBZ en el segundo y tercer trimestres del embarazo sin efectos nocivos para el feto. Incluso en casos en los que las mujeres accidentalmente fueron tratadas durante el primer trimestre, no se observaron efectos nocivos en los bebés, básicamente porque los medicamentos no se absorben bien.

Comentario sobre la pregunta 5: En Honduras está a punto de terminar un estudio con la Universidad George Washington en el que se trató a gestantes y se hizo seguimiento a ellas y sus hijos durante dos años. No se observaron efectos secundarios. Cuando sus niños entraron en contacto con el suelo se infectaron, pero cuando se les aplicó el tratamiento presentaron buenos resultados. Pronto finalizaremos el estudio y publicaremos los resultados.

Pregunta 6: Una de las organizaciones que trabaja en la distribución de vitamina A, Vitamin Angels, ha venido dándole mayor énfasis al suministro de vitamina A en gestantes y neonatos. Esto me preocupa porque crea la tendencia a disminuirle importancia al suministro de vitamina A para niños que ya han pasado el periodo neonatal, básicamente porque elimina la oportunidad de adosar la desparasitación a la distribución de vitamina A. ¿Piensa que en este sentido estamos estrechando una de las vías o transitando por dos vías paralelas?

Respuesta 6: Hemos medicalizado la nutrición al acoger la fórmula de las cápsulas. Por otro lado, el PMA cuenta con aceite enriquecido con vitamina A y con otros productos alimenticios fortificados. Debemos analizar la forma en que la vitamina A está entrando en el sistema, los mecanismos de distribución disponibles y la forma en que pueden variar con el tiempo. La vitamina A es importante en la prevención de la ceguera, pero la forma de distribuirla es algo que

aún no hemos aterrizado.

Pregunta 7: Con respecto a ‘vender la desparasitación’ a otras comunidades como las de nutrición, inmunización, etc., ¿qué piensa la comunidad que trabaja con la TB sobre la desparasitación?

Respuesta 7: Infortunadamente es muy difícil convencer a otros programas de que la desparasitación es una buena cosa porque todos estamos compitiendo por recursos. Todo lo que podemos hacer es facilitar la evidencia en torno al tema. La buena noticia es que la evidencia es muy sólida.

Pregunta 8: En el Perú, los lineamientos plantean que los niños en edad preescolar deben recibir suplementos de vitamina A cada seis meses, pero la experiencia muestra que no los están recibiendo porque los donantes no los están suministrando. Lo bueno es que en el Perú las clínicas distribuyen vitamina A y los niños en edad preescolar la están recibiendo. Pero, ¿qué está pasando en otros países?

Pregunta/Comentario 9: ¿Cómo podemos abogar mejor en el interior de nuestras organizaciones? Naturalmente también hacia fuera, pero resulta difícil hablar con la gente de la propia organización. Tenemos algunos buenos ejemplos que podemos compartir, como lo que está haciendo el BID en busca de oportunidades de alianza con el sector de agua y saneamiento para trabajar en el control de las ETD. Pero en otras áreas, la integración de la desparasitación se ve como una carga adicional. En Honduras, por ejemplo, encontramos que los maestros no la aceptan porque creen que es una carga adicional para ellos, algo más que deben hacer. Tenemos que cambiar estas percepciones.

Comentario 10: En el Perú, los doctores y los profesionales de la salud administran ALB en áreas periféricas de Lima, pero es difícil saber los resultados. Se requiere una revisión sistemática a cargo del Ministerio de Salud para conocer los beneficios de la desparasitación. Otra preocupación es que el personal médico y de salud, así como las personas que reciben las intervenciones, piensan que las compañías productoras de los medicamentos se están beneficiando, lo que no es el caso. Así mismo, tenemos cinco o seis fármacos diferentes disponibles en el Perú y es importante garantizar que la calidad de los medicamentos es buena.

Respuesta 10: El Ministerio debe hacer un estudio en una muestra pequeña de la población en edad escolar y, de acuerdo con los resultados, decidir si se debe suministrar ALB. Segundo, el suministro de los medicamentos no beneficia a los fabricantes porque hacerlo no constituye una operación comercial; de hecho, las ventas de medicamentos se reducen porque la salud de los niños mejora cuando reciben ALB. Tercero, verificar la calidad de los medicamentos es importante y no cuesta mucho, sólo cuesta cerca de US \$100 hacer pruebas en millones de tabletas. La OMS recomienda que todos los países hagan estas pruebas, y si no pueden hacerlas, la OMS/OPS puede ayudarles a encontrar laboratorios especializados que las hacen.

Comentario 11: Gracias por compartir la información sobre el estudio longitudinal que se está realizando. Es tanto lo que hacemos en salud pública que no se publica y es difícil vencer la percepción de que no hay suficiente evidencia si los datos no se publican.

Comentario 12: Ya que los recursos globales son limitados, cuanto más podamos subrayar este tema y ponerlo en las agendas de quienes toman las decisiones, especialmente en lo concerniente a la salud materna e infantil, mejor. Otros sectores deben conocer las evidencias. Incluso desde la perspectiva de las publicaciones es importante agrupar las investigaciones y hacer llegar los resultados a los medios especializados en nutrición (por ejemplo, el impacto de las infecciones por helmintos en la absorción de la vitamina A), lo cual contribuirá a hacer conocer la evidencia entre quienes toman las decisiones en otros sectores.

Sesión 3: Programas activos para el control de helmintos en las Américas

Moderador: Dr. Antonio Montresor, Departamento de Control de ETD, OMS

Lecciones aprendidas en Nicaragua. Dra. Lidia Ofelia Dávila Poveda, Técnica en Monitoreo de la Infancia, Ministerio de Salud, Nicaragua

En Nicaragua tenemos un enfoque integral; no tenemos un proceso o estrategia única para la desparasitación. Entre el 2007 y el 2011 hubo un cambio en el sistema de salud e hicimos la transición hacia la atención en salud basada en la comunidad para llevarla a las áreas más remotas e inaccesibles. Actualmente trabajamos en pequeñas comunidades rurales como parte del proceso de acceso universal y gratuito a la atención en salud.

Tenemos centros de atención primaria con hospitales y clínicas nacionales especializadas en algunas áreas. La atención primaria es la base para la prevención y otros aspectos de la atención en salud, aunque naturalmente contamos con clínicas y hospitales generales y de maternidad.

En el 2011 celebramos el día nacional de vacunación el 11 de abril. Tener un día nacional de vacunación cada año nos ha ayudado a mejorar los indicadores de salud.

También tenemos días nacionales de sensibilización sobre la salud que se centran en el suministro de un paquete de atención de prevención de la salud a los ciudadanos en el marco de nuestros objetivos globales de atención en salud; también aprovechamos estos días para hacer mediciones de talla y peso y facilitar herramientas de atención de la salud a la ciudadanía. Estos días nacionales inicialmente se realizaban tres veces al año y su intención original era la erradicación de la polio y la prevención del tétano y otras enfermedades, pero hoy los hemos expandido.

Estas jornadas funcionan a través de las redes comunitarias cuyos voluntarios son entrenados para visitar los hogares. En este propósito nos hemos asociado con varias organizaciones. Desde 1993, las jornadas se realizaban tres veces al año, pero hoy las realizamos sólo dos veces al año. En 1994 ampliamos las herramientas empleadas durante estos días para incluir la desparasitación y el suministro de vitamina A.

Los lineamientos iniciales para la realización de estas jornadas comprendían la administración de vacunas a niños entre los 2 y 12 años de edad, y de vitamina A en niños desde los seis meses hasta los cinco años. Actualmente hemos ampliado a la edad de 14 años porque el trabajo realizado con los datos del censo de escuelas facilitado por el Ministerio de Educación nos ha mostrado que muchos niños de esa edad todavía cursan la primaria. Por eso visitamos las escuelas y les suministramos MBZ 500 mg con sabor a naranja, aunque la meta principal de los días nacionales es el grupo de niños entre 2 y 12 años de edad.

Estas jornadas nacionales nos han permitido medir el éxito de la desparasitación, así como la forma en que la ayuda financiera ha contribuido a los programas de inmunización y el grado de efectividad de la asistencia de las diversas agencias, como es el caso de las de Canadá.

Es importante enfatizar la importancia de la colaboración con nuestra redes de atención en salud, las cuales involucran el esfuerzo de las comunidades, de los voluntarios, del ministerio de Educación, las fuerzas armadas, los gobiernos municipales y los alcaldes, entre otros. Gracias a su apoyo hemos entrenado a 44.000 voluntarios a nivel nacional para los eventos de atención en salud. También han contribuido al éxito de nuestras campañas de disseminación de la información incluso en las regiones autónomas. El empoderamiento de las organizaciones de las comunidades locales ha marcado una diferencia real para el logro de nuestro éxito.

Lecciones aprendidas en Honduras: Dr. Concepción Zúniga Valeriano, Director, Programas de Control de Chagas y Leishmaniasis, Ministerio de Salud, Honduras

Desde 1997 hemos venido realizando estudios de desparasitación que se han enfocado en seis regiones diferentes con un cubrimiento de 14 municipios de un total de 284 y una población de 1.600 estudiantes. En el 2001 y 2005 se realizaron estudios adicionales y nuestras actividades actuales se basan en los datos de prevalencia de 2002-2005.

Con base en los datos recolectados hemos concluido que existe una relación directa entre la prevalencia de la enfermedad y la pobreza. Igualmente, existe mucha variación en la prevalencia, y algunas áreas presentan altos índices de infecciones por helmintos. Con respecto a los niños en edad escolar, nos dimos cuenta de que hay brechas considerables, pues hay poblaciones a las que no llega la desparasitación, incluidas las mujeres en edad fértil y los niños que no asisten a la escuela.

Comenzamos a trabajar con el PMA en la distribución de medicamentos antihelmínticos dos veces al año con el almuerzo escolar. Los almuerzos y la desparasitación también constituyen un incentivo para la asistencia de los niños a la escuela.

También distribuimos los medicamentos antihelmínticos con el suministro de vitamina A y a través del programa de vacunación en niños en edad preescolar y en mujeres en edad fértil. Realizamos dos ciclos de desparasitación al año y hoy tenemos una cobertura de 50%.

Nuestras líneas de acción básicas incluyen la abogacía, trabajos de extensión técnica y social, y aseguramiento del apoyo político necesario, pues sabemos que sin esto nuestros esfuerzos no

serían sostenibles en el tiempo. En los últimos cuatro meses hemos recibido bastante apoyo político gracias a la consolidación de nuestra relación con las autoridades, por lo que pensamos que conseguiremos los recursos necesarios. Sin embargo, aunque tengamos suficientes fondos para los medicamentos antihelmínticos, aún necesitamos brindar entrenamiento a los promotores y facilitadores en las comunidades.

La distribución de medicamentos se hace con la ayuda de la OMS y otras organizaciones en el país. Aunque brindan su ayuda en la distribución de los medicamentos, no contamos todavía con suficientes registros y datos. En este momento, solo recogemos información sobre 15% de las actividades de desparasitación debido a la falta de notificación, y no sabemos cuánto medicamento y suministros médicos han sido transferidos a escuelas y distritos.

Los esfuerzos de monitoreo y evaluación (M&E) requieren recursos adicionales. El Ministerio de Educación espera que podamos suministrar información sobre la cobertura y el impacto logrados, pero no hemos podido hacerlo de manera adecuada. Debemos entrenar al personal que se encargue de la notificación y contar con una estrategia bien definida para la planeación y la consecución de fondos.

Es necesario diseñar una encuesta nacional para identificar el número de personas infectadas por HTS. Con este propósito estamos tratando de conversar con cada uno de los actores, incluidos los funcionarios de los Ministerios de Turismo y de Salud y de la Oficina de la Primera Dama, entre otros.

Nuestro encargado del presupuesto ha calculado que una tableta de MBZ cuesta alrededor de 2 centavos de dólar y que debemos suministrarlas a más de un millón de niños en edad preescolar. Estimamos que incluyendo capacitación, materiales, almacenamiento y suministros necesitamos US \$400.000 al año para una cobertura de 100% de la población en riesgo en Honduras.

En los últimos tres años no hemos podido ampliar la cobertura debido a la falta de fondos. Así mismo, aunque sabemos que hemos logrado avances al conjugar la desparasitación y la administración de vitamina A y de vacunas, no sabemos cuán exitosa ha sido dicha integración debido a la falta de notificación. Sin embargo, estimamos que entre todos los grupos a los que llegamos actualmente, especialmente el grupo de 5 a 14 años de edad, alcanzamos a cerca de 1,2 millones de niños, lo que representa una cobertura de 61% del total de la población en edad escolar objetivo.

El año pasado encuestamos a las familias de 33.000 niños para detección de la enfermedad de Chagas. En este contexto debemos cubrir a toda la población porque los padres y los niños viven en las mismas condiciones y están expuestos al mismo riesgo. Si no eliminamos los riesgos, no logramos nada. No fue una sorpresa que la encuesta encontrara que padres y niños tienen los mismos parásitos. Menciono esto porque, aunque lleguemos a la población infantil, la re-infección se presenta y los niños siguen expuestos a un alto riesgo.

El mejoramiento del acceso al agua potable también es muy importante, ya que desde el 2005 más de 40% de los niños no tienen acceso al agua tratada. Si la situación de higiene y saneamiento básico no se mejora y no hay acceso a agua segura, otras intervenciones se tornan inútiles.

Lecciones de Save the Children: Seung F. Lee, Asesora/Directora, Programas de Desarrollo en Salud Escolar y Nutrición para la Infancia, Save the Children USA

Queremos que los niños aprendan a cuidar su salud; la salud es el medio para alcanzar un fin — la educación. Debemos vender este mensaje al sector educativo y para hacerlo es importante considerar el punto de vista de la educación. Tendremos más éxito si trabajamos en alianza con las escuelas y compartimos la responsabilidad. Ya sabemos que la desparasitación es fácil de realizar; solo tenemos que idear los mensajes adecuados para vender la idea a nuestras audiencias y lograr su participación.

La salud escolar y la educación en nutrición comprenden muchos temas: el lavado de las manos, los métodos para mejorar la salud infantil, beber leche, etc. También hay aspectos más complejos, tales como la doble carga de malnutrición y obesidad. Los medicamentos y la desparasitación son solo uno de los componentes de la educación escolar en salud.

Si queremos que los niños mantengan su buena salud, debemos tratarlos con medicamentos antihelmínticos y además enseñarles a prevenir la infección, de manera que no vuelvan a infectarse. Así pues, la solución a largo plazo es encontrar la forma de prevenir la re-infección. Para lograrlo necesitamos enseñar a los niños cómo se infectaron en un comienzo.

Naturalmente no podemos decirle a los niños que se laven las manos si no hay agua limpia y jabón disponibles, por lo que debemos garantizarles un entorno favorable. Lograrlo requiere del apoyo político para adelantar políticas nacionales efectivas y recabar el apoyo de la comunidad, de manera que los padres no retiren a sus hijos de los programas porque no creen en ellos, así como convencer a los maestros de escuela para que respalden dichos programas.

Un programa efectivo debe contar con cuatro elementos: buenas políticas en salud y apoyo de las comunidades; agua y saneamiento adecuados; salud basada en aptitudes, higiene, nutrición y educación en la prevención del VIH, y suministro de servicios de salud y nutrición basadas en la escuela.

Ya existe un marco global de salud y nutrición basadas en la escuela (SNE) liderado por la UNESCO, la UNICEF, la OMS y el Banco Mundial. Como participantes de esta plataforma, el enfoque de Save the Children no es hacer la tarea solos, sino hablar con los gobiernos locales, las organizaciones aliadas y las comunidades para garantizar la participación de los padres y de las asociaciones de padres y maestros. Después de todo, necesitamos la colaboración de los padres para mantener las letrinas aseadas porque, a menudo, ¡no hay dinero para contratar a personal de limpieza!

Las infecciones parasitarias afectan la salud y la educación de muchas formas. Causan malnutrición, diarrea, malestar general, anemia, reducen la capacidad de aprendizaje y de concentración. Cuando los niños enferman faltan a clases, su proceso cognitivo es deficiente, así como su desempeño escolar, e incluso cuando el periodo de ausencia es corto resulta en el abandono definitivo de la escuela.

Save the Children International trabaja en más de 110 países; concretamente en ALC, su programa de HTS está presente en Bolivia, Haití, República Dominicana y El Salvador. En cada país realizamos un estudio de línea de base. En Haití, por ejemplo, nuestro estudio de línea de base encontró que las infecciones parasitarias afectaban a 65% de los niños en edad escolar.

En el grupo de menores de 5 años, nos centramos en proveer servicios de control de las HTS a los hermanos menores de los niños en edad escolar. Siguiendo las recomendaciones de la OMS en torno a la desparasitación, establecimos una alianza con Vitamin Angels en el 2007 para la distribución de tabletas antihelmínticas conjuntamente con la administración de vitamina A. En el 2008, participamos en la serie de Lancet sobre nutrición, en la cual se subrayó la importancia de la desparasitación para la nutrición en niños en edad preescolar.

Para el 2010, se había solicitado medicamento antihelmíntico para casi medio millón de niños en edad preescolar de Nicaragua, y actualmente trabajamos en alianza con ese país a través de sus redes comunitarias de salud y el Ministerio de Salud.

Los desafíos que enfrentamos para llegar al grupo de menores de 5 años son los siguientes:

- Falta de información y claridad sobre la forma de llegar a este grupo de edad.
- El hecho de que la desparasitación es una adición a un programa existente y no es un paquete completo por sí sola.
- Existe confusión en los mensajes y políticas: al comienzo no estábamos seguros de que se pudiera hacer desparasitación en menores de 5; ahora sabemos que con el ALB debemos usar media tableta. Así mismo, en algunas áreas se está dando tratamiento a los niños dos veces al año independientemente de la prevalencia. En otras palabras, el mensaje es menos claro para los menores de 5 años.
- Deben crearse y mantenerse alianzas entre las escuelas y el sistema de salud; aunque podemos apoyar con nuestra experticia técnica, no nos movemos en un solo escenario, es decir, las escuelas, cuando se trata de los niños menores de 5 años; en cambio, son muchos más los actores involucrados.

Lecciones de la Operación Bendición Internacional: Angela Cruciano, Gerente, Programas Internacionales de Salud, Operación Bendición Internacional

La Operación Bendición Internacional (OBI) se fundó en 1978; sus campos de trabajo fundamentales incluyen el acceso al agua, la salud y la atención de desastres. En el aspecto de salud, la OBI equipa hospitales y clínicas con suministros médicos; ayuda al mejoramiento de centros de salud rurales; contribuye en el control brotes de infecciones y enfermedades, y distribuye medicamentos antihelmínticos.

En este componente, la OBI generalmente usa ALB y MBZ de acuerdo con las preferencias de cada país. En el 2010, la OBI distribuyó 10 millones de dosis únicas en Perú, Colombia, México, El Salvador, Honduras, Guatemala y Nicaragua.

Utilizamos dos métodos de distribución básicos:

- 1) Trabajo conjunto con las agencias estatales como los ministerios de salud y de educación, y con los gobiernos locales, usando sus listados de niños en edad escolar para establecer la

población objetivo. La dificultad de este método es que resulta más problemático involucrarse en las campañas y a menudo se presentan demoras.

2) Trabajo con aliados no gubernamentales tales como las iglesias y las ONG. Este método funciona bien para llegar a las mujeres en edad fértil y a los niños en edad preescolar, y los voluntarios comunitarios pueden servir a otros en sus comunidades. Con este método también podemos trabajar mancomunadamente con los gobiernos que, por lo general, nos asignan una región en donde hacer nuestra labor.

Los componentes de nuestras campañas incluyen la logística para hacer llegar el medicamento a los lugares que lo requieren; el entrenamiento de voluntarios (siempre tenemos un componente educativo en nuestras campañas); monitoreo en el sitio y notificación, incluidos estudios sobre parásitos, lo que suele ser lo más difícil, y la realización de encuestas.

El entrenamiento de los voluntarios implica seleccionar a las personas en cada departamento o nivel que van a trabajar como representantes sobre el terreno, realizar entrenamiento de segundo nivel y contar con personas para la distribución. Para hacerlo debemos suministrarles manuales, hacerles firmar los formularios de acuerdo, y asegurarnos de que entienden su tarea. Esto es de especial importancia cuando se trabaja con organizaciones no gubernamentales.

El componente educativo consiste en la formación de padres y niños en grupos pequeños. Por ejemplo, las madres o padres van a la escuela y aprenden sobre los parásitos, la forma de transmisión y cómo prevenir infecciones. A menudo empleamos diapositivas y carteleras y son los trabajadores de la salud locales quienes hacen las presentaciones. Igualmente, pedimos a los maestros que enseñen a los niños en sus clases. Últimamente estamos trabajando con estudiantes universitarios norteamericanos para que hagan animaciones y también usamos libros para colorear.

Hemos realizado estudios de prevalencia en Perú, Guatemala y Honduras, lo que nos ha suministrado información sobre las áreas con mayor o menor prevalencia. Es bueno que el personal de campo pueda recolectar la información directamente y hay que incentivarlos a hacerlo. Nuestros estudios de prevalencia se realizan en tres etapas: 1) recolección de muestras fecales; 2) administración de los medicamentos de acuerdo con los resultados, y 3) revisión de las pruebas.

En el Perú hicimos pruebas en Lima e Iquitos. Encontramos que los niños en el área de Lima no presentaban HTS. Tenemos planeado continuar con los estudios allí para establecer las tasas de re-infección y de intensidad en el tiempo. Adicionalmente, planeamos publicar el estudio de prevalencia del Perú en nuestro portal de Internet el próximo mes, así como continuar realizando el estudio cada año para decidir sobre los sitios de distribución de los medicamentos.

Nuestro estudio en Honduras, que pronto aparecerá en nuestro portal de Internet, mostró que muchos de los niños con acceso a calzado y a instalaciones de saneamiento no presentaban parásitos. Sin embargo, en las escuelas que no contaban con servicios de agua y saneamiento, sólo uno de cada 25 niños examinados no tenía parásitos.

Algunos de los retos que hemos enfrentado en nuestros programas incluyen la dificultad para supervisar la distribución cuando se cuenta con un equipo pequeño, para obtener información exacta de los centros de distribución y de los gobiernos locales, para ofrecer educación permanente sobre el control y prevención de enfermedades y para detectar sitios de distribución de alto impacto.

Algunas de las soluciones que hemos intentado frente a estos problemas incluyen la realización de entrenamiento de voluntarios en un segundo nivel; el suministro de manuales a todos los voluntarios, y la firma de acuerdos con los voluntarios y los lugares de distribución. En cuanto al mejoramiento de la distribución, nuestros estudios y encuestas nos ayudan a garantizar que estamos tratando a los niños que realmente lo necesitan y no sólo a aquellos que viven cerca de los sitios de distribución. También estamos tratando de usar métodos innovadores de educación en la prevención de enfermedades; estamos reclutando promotores de higiene en las comunidades; trabajamos para promover iniciativas de acceso a agua limpia y de distribución de calzado. Realizamos estudios permanentes con el fin de identificar las áreas de mayor prevalencia para nuestras futuras campañas. Por último, estamos invirtiendo recursos adicionales en medicamentos y vitaminas, a la vez que trabajamos con los gobiernos locales para evitar la superposición y mejorar la notificación.

El plan a cinco años de la OBI es continuar con la desparasitación en los niveles nacional y local; ampliar e incorporar los datos provenientes de los estudios de prevalencia; identificar las comunidades que requieren mejoras a largo plazo en salud e higiene, y extender nuestro trabajo con los promotores de higiene y saneamiento en las comunidades en donde hacemos presencia.

Discusión sobre los programas de control de helmintos en las Américas

Pregunta 1: ¿La OBI entrega incentivos a los voluntarios?

Respuesta 1: Incentivos monetarios, no, pero a veces entregamos pequeños incentivos de otro tipo en algunos países, como por ejemplo camisetas en El Salvador. Hemos encontrado que cuando trabajamos a través de las iglesias, las personas tienen simplemente la voluntad filantrópica de ayudar a su comunidad, así que no se requiere el apoyo económico.

Pregunta/Comentario 2: El problema con algunos de estos programas es que no vemos su impacto y no se hace un seguimiento estricto. También algunas veces las políticas cambian con los gobiernos. La población debe entender las ventajas y desventajas de este tipo de programas. Debemos trabajar mancomunadamente -gobierno, academia y las ONG-, para crear comunidades modelo que demuestren a los gobiernos lo que puede hacerse con su efectiva participación. Como académico me gusta trabajar en el terreno. También tenemos estudiantes que pueden ayudar a realizar los estudios de prevalencia, así que en eso podemos contribuir.

Pregunta/Comentario 3: ¿Cómo mejoramos la cobertura y cómo monitoreamos el impacto de las intervenciones? Creo que debemos analizar el éxito de los programas de vacunación y otorgar certificados como se hace con las vacunas contra polio. Los certificados ayudarán no solo a mejorar la notificación, sino también los registros de familias y contribuirán a esta tarea en los países. Además nos pueden ayudar a sumarnos a la estrategia de monitoreo de la vacunación,

aportando datos del nivel local, y después puede enviarse a alguien que verifique dicha información; podemos recurrir al monitoreo rápido para hacer esto. Debemos encontrar áreas de integración con otros sistemas de registro y aprovechar estos esfuerzos ya existentes.

Pregunta/Comentario 4: Algunos países de ALC trabajan con las ONG, pero el riesgo es que se puede desarrollar resistencia a los medicamentos y no la detectemos. Igualmente, los programas deben llevarse a cabo por ciclos, de manera que la intervención se haga en momentos definidos. Si existen medicamentos alternativos, podemos hacer rotación con otros fármacos; la estrategia de rotar el ALB y el MBZ no siempre es efectiva porque en ocasiones se los confunde con la penicilina u otros fármacos. Debemos aunar esfuerzos para definir cómo hacer esto; debemos considerar todos los programas.

Respuesta 4: Siempre trabajamos con las agencias gubernamentales; el ministerio nos asigna un departamento o región, así que el ministerio sabe en qué escuelas estamos interviniendo. Trabajamos de manera absolutamente transparente con el MdeS y otros programas. Hacerlo así nos ayuda porque si queremos hacer rondas posteriores con los mismos niños, en teoría deberían estar en los mismos sitios.

Pregunta/Comentario 5: Entiendo que en Nicaragua el MdeS trabaja con las ONG. ¿Cómo se hace esa coordinación? A partir del año pasado se estableció en Honduras un comité coordinador de ETD que reúne a las ONG y otras instituciones para evitar la duplicación y asignar las áreas de distribución. Invito a los delegados de Honduras y Nicaragua a referirse a este tema.

Respuesta 5: En Nicaragua trabajamos con varias agencias que apoyan los programas de inmunización y desparasitación. Específicamente en lo relativo a desparasitación, trabajamos en el registro de datos de las áreas objetivo y en éstas cada centro de salud es presentado a las agencias y se les hace una introducción sobre la asistencia o los programas que ofrecen. Tales reuniones se programan de acuerdo con las necesidades del país. Con base en esto analizamos las necesidades existentes y solicitamos el apoyo requerido.

En Honduras tenemos un inventario que nos evita la duplicación de esfuerzos, incluidos los de las misiones internacionales, las iglesias, etc. En ese inventario, las ONG reciben el encargo de distribuir los medicamentos. La OBI cubre casi todas las necesidades de medicamentos en Tegucigalpa. El gobierno compra medicamentos y consigue donaciones para cubrir a 1,5 millones de niños semestralmente; la OBI cubre a los restantes con ALB, MBZ y otros. Sin ellos, los ciclos no serían tan regulares porque no tenemos la capacidad financiera para cubrir lo que ellos suministran actualmente. Me preocupé cuando conocí su plan a cinco años porque necesitamos seguir teniendo esa cobertura más allá de ese plazo. Además, este grupo también maneja asuntos de nutrición y otros aspectos. Algunos programas como el que dirijo están realizando actividades de desparasitación, pero no notificamos. Tenemos grupos de trabajo en campo que hacen desparasitación cuando realizan las intervenciones para control de Chagas y los estudios, y sabemos que tenemos que comenzar a informar sobre esto, ya que por ahora no lo hemos hecho. En la última ocasión llegamos a 72 o 74%, pero creo que podemos alcanzar 100%.

Pregunta/Comentario 6: Todos los oradores se refirieron a la importancia de la coordinación. Todavía estamos en el proceso de recolección de evidencias, lo que se requiere para que la comunidad dedicada a la nutrición y otras se nos unan. La desparasitación es crucial y ya la han

recogido las agendas nacionales, pero también debe informarse sobre las actividades de coordinación y los estudios. No sé si todos los actores saben dónde están los otros actores en cada país. Me alegra mucho saber que se están estableciendo grupos nacionales de coordinación, pero tal vez no sea necesario que todos hagamos estudios de prevalencia, la OPS podría hacerlos. Debemos analizar esto para poder hacer recomendaciones. Me gustó la idea del inventario de actividades.

Sesión 4: Desafíos de los programas de control. Discusión en grupo

Moderador: Sr. Steven Ault, Asesor Regional para Parasitología y Enfermedades Desatendidas, OPS

¿Cuáles son las lecciones más importantes que usted y su organización han aprendido con respecto a los programas de control por medio de desparasitación y con base en su experiencia en la Región?

Resumen de lecciones aprendidas

1. Actualmente se están creando comités nacionales para coordinar la respuesta a las ETD, incluidas las HTS.
2. La OPS levantará mapas sobre la prevalencia de HTS en todos los países endémicos, de manera que los esfuerzos de desparasitación puedan optimizarse y se identifiquen las brechas de investigación.
3. Debemos aprovechar la experiencia de Nicaragua en su esfuerzo por desarrollar un plan estratégico de manejo de las HTS, así como en el establecimiento de un organismo coordinador de las diversas ONG.
4. Saber quién está haciendo qué y en dónde es clave para lograr tasas altas de cobertura y evitar la duplicación.
5. Garantizar el acceso a agua limpia, jabón y servicios adecuados de saneamiento es crucial para el control a largo plazo, así como la educación en el lavado de manos.
6. Existen intervenciones en salud viables, costo eficientes y de alto impacto que deben promoverse en la Región.
 - a) Hay algunos ejemplos de política nacional en ALC. Sin embargo, hay iniciativas separadas en cada país de la Región que no se integran a las políticas nacionales y que, por ende, no son sostenibles.
 - b) No existe una receta única para el éxito. Cada país debe desarrollar su programa de acuerdo con las realidades y capacidades locales.
 - c) Es importante cuantificar (levantar mapas) el problema e identificar las zonas que requieren intervención.
 - d) Es importante mejorar el M&E para convencer a los políticos sobre la efectividad y sostenibilidad en el tiempo de las intervenciones.
7. Es importante presentar evidencia científica acumulada para:

- a) orientar la implementación, monitoreo y evaluación de los programas, pero de una manera suficientemente flexible que tome en cuenta las circunstancias específicas locales de cada país o región (o sea, políticas, culturales, etc.), y
 - b) persuadir a los ministerios de salud sobre la importancia de llevar a cabo y evaluar programas de intervención.
8. Las intervenciones de desparasitación deben ser parte de paquetes de salud infantil que:
- a) estén integrados a los programas de salud pública existentes en el nivel local para así asegurar su sostenibilidad;
 - b) cuenten con el liderazgo gubernamental con el fin de coordinar los esfuerzos de todos los actores;
 - c) involucren a la comunidad en su planeación, implementación y evaluación;
 - d) sean monitoreados e informen adecuadamente sobre los avances;
 - e) tengan indicadores y lineamientos para un adecuado M&E, y
 - f) contengan componentes de movilización social antes, durante y después de su implementación.
9. a) El concepto de “los 1.000 primeros días” y la importancia de una nutrición adecuada durante este periodo, pues de no garantizarse condena a los niños a daños permanentes en su crecimiento y desarrollo.
- b) La necesidad de informar sobre la importancia de la desparasitación en niños en edad preescolar a los nutricionistas y a otros trabajadores de la salud.
- c) Insistir en la importancia de la colaboración y la coordinación entre los MdeS, los MdeE, las ONG y las OBF, y las múltiples razones para hacerlo.
- d) La importancia de la sostenibilidad y la necesidad de extenderse a otros programas de salud, actores y sectores.
10. La mayoría de las actividades de desparasitación en niños en edad preescolar (en el África subsahariana) se hace de manera oportunista con medios que no son sostenibles en el largo plazo (por ejemplo, como parte de campañas orientadas a diferentes propósitos de atención primaria, como la complementación con vitamina A o la distribución de mosquiteros impregnados con insecticida, y como parte de la distribución masiva de medicamentos para la eliminación de la filarisis linfática).
11. a) Los niños en edad preescolar están en riesgo de infección y merecen ser tratados.
- b) Los programas cuya población objetivo es este grupo ya son una realidad en varios países.
- c) La integración de la desparasitación a las actividades del PAI/complementación con vitamina A posiblemente sea la forma más sencilla y rápida de garantizar la administración de ALB/MBZ entre niños en edad preescolar.
12. ¿Cuál es la plataforma más apropiada y efectiva para llegar a la población de menores de cinco años?
13. a) La coordinación, el compromiso y la sostenibilidad son claves.
- b) Se requiere el registro y verificación de las actividades en curso.
14. a) La integración y la coordinación entre los actores es vital.
- b) Entender lo que los programas de control están haciendo, dónde y cuándo es clave para evitar la duplicación y tratar a todos los niños en riesgo.

- c) Para el éxito a largo plazo debemos ligar la desparasitación con el acceso al agua, el saneamiento y la educación.
 - d) Debemos decidir qué estrategias de distribución son las más sostenibles, costo efectivas y apropiadas.
 - e) Debemos difundir los resultados de las investigaciones entre las audiencias apropiadas, o sea, los usuarios de los conocimientos.
15. Todos los donantes y esfuerzos deben aunarse y coordinarse.
 16. Hay gran necesidad de formulaciones para los niños en edad preescolar.
 - i. Hay ONG comprometidas interesadas en trabajar con los MdeS.
 - ii. La desparasitación puede integrarse de manera segura a los programas de vacunación.
 - iii. Se requieren actividades de abogacía dirigidas a instancias gubernamentales más allá de los MdeS.
 - iv. Con suficiente comunicación, la sensibilización crea la demanda y facilita detectar a los niños (de 3 años en adelante).
 17. Existe una buena cantidad de datos provenientes del levantamiento de los mapas de prevalencia → ahora necesitamos coordinarnos para lograr el mayor impacto de los programas. ¿Cómo digerir esta información?
 18. Las intervenciones deben ser manejadas por enfermeras y personal médico, no por los maestros. La desparasitación masiva debe hacerse cuando se cuente con los datos epidemiológicos de línea de base. No estoy seguro de que la dosis de ALB sea la óptima para todas las infecciones por *Trichuris*; algunas son infecciones crónicas y continúan presentes en niveles bajos. Debemos monitorear los programas de desparasitación y evaluar su impacto sobre este tipo de infecciones.
 19. Debemos centrarnos en el establecimiento de estrategias nacionales y en las actividades de coordinación, de investigación y de registro en el nivel nacional.
 20. Existe la necesidad de coordinar a todos los actores gubernamentales y no gubernamentales. Debemos enfocarnos en la integración entre programas e intersectorial para la implementación, monitoreo y evaluación, aseguramiento de la calidad de la información y verificación de la cobertura del tratamiento. También debemos hacer las proyecciones para los requerimientos futuros de medicamentos.
 21. El trabajo en equipo entre instituciones y organizaciones, con la sociedad civil y especialmente con las comunidades es crucial para la transferencia de conocimiento y la educación de la población en torno a la importancia de la desparasitación en los niños, particularmente en las áreas rurales donde aún persisten mitos.
 22. Algunas formas relativamente económicas de involucrar a las comunidades podrían incluir el uso de la tecnología de la radio y los celulares para la comunicación. En Honduras muchas personas tienen celular, por lo que tiene sentido conseguir que una empresa privada o una ONG envíen mensajes de texto sobre la escogencia apropiada de alimentos, la forma de evitar los parásitos, etc. Así mismo, se podrían transmitir comerciales dramatizados sobre el tema a través de la radio o durante la emisión de telenovelas.
 23. Tal vez la OMS podría crear protocolos de desparasitación en niños en edad preescolar sencillos y claros.

Con base en su experiencia en la desparasitación, ¿cuál señalaría usted como el reto más importante para los programas de control con desparasitación orientados a niños en edad preescolar en cuanto a la investigación y a la introducción o ampliación de programas?

Resumen de desafíos

1. Coordinación y alianzas –oportunidades para mejorar en algunos países, así como los modelos presentados ayer; tal vez podrían encontrarse formas de fortalecer y extender a otras comunidades; ser más eficientes en la entrega de los medicamentos.
2. Integración (intersectorial, entre programas) –debemos explorar oportunidades para integrar actividades con los ministerios y otros actores como las OBF, así como formas de confluencia de los actores.
3. Lineamientos para la planeación, implementación, monitoreo y evaluación (metodológicamente rigurosos y basados en la evidencia) –es importante identificar oportunidades para que otros programas de salud constaten los beneficios de la desparasitación, lo que puede incrementar la participación en otros programas. Pronto se publicarán los nuevos lineamientos para los gerentes de programas para niños en edad escolar, pero no para niños en edad preescolar, así que es necesario desarrollarlos.
4. Sistemas de notificación exactos y confiables –facilitar la coordinación entre diferentes programas, ministerios, grupos basados en la fe, ONG, etc.; todos deben informar con exactitud.
5. La sostenibilidad de las actividades de desparasitación –para evitar que los programas de desparasitación en niños en edad preescolar reciban el estatus de campañas de una sola vez. La desparasitación debe hacerse de manera regular y administrarse en el momento en que los niños entran a la escuela.
6. El compromiso político (local, regional, nacional) –es muy importante establecer y ampliar los programas de desparasitación. Para niños en edad preescolar es un reto lograr el compromiso político, así como llegar a las familias y garantizar los recursos. Si la cobertura en niños en edad escolar no se conoce, es incluso más difícil añadir nuevos programas para niños en edad preescolar.
7. Estrategias óptimas de distribución para los niños en edad preescolar –basadas en las clínicas, en las escuelas o en el hogar. Quizás es posible llegar a este grupo cuando se da el tratamiento a los niños en edad escolar.
8. Llenar las brechas en la investigación relativa a la desparasitación en niños en edad preescolar; todavía existen vacíos en los estudios de prevalencia y de línea de base, así como sobre estrategias operativas. Debemos discutir todo, desde las estrategias de distribución hasta la sostenibilidad.

9. La abogacía dirigida a diversas audiencias (MdeS, nutricionistas, economistas, donantes, etc.) –es posible que algunos todavía no estén convencidos sobre los beneficios y otros puede que no hayan considerado el tema.

10. Estrategias de comunicación innovadoras –como emplear los celulares en Honduras para enviar mensajes sobre salud si desarrollamos alianzas con compañías de telecomunicaciones o recurrimos a la radio.

11. Participación y educación de la comunidad –tanto de líderes tradicionales como de no tradicionales.

12. Formulación ideal de medicamentos para niños en edad preescolar –para mejorar la escogencia, la presentación, los sabores, las formulaciones líquidas de ALB y MBZ. Asegurarse de que los fármacos genéricos sean de alta calidad y satisfagan los estándares internacionales y se minimice la competencia entre el sector privado y los programas que distribuyen los medicamentos.

Sesión 5: Enfoques para la desparasitación en niños en edad preescolar

Moderador: Dr. Santiago Nicholls, Programa de Parasitología y Enfermedades Desatendidas, OPS

¿Cuáles son los beneficios específicos de los tres modelos de administración del tratamiento en niños en edad preescolar: basado en el hogar, basado en la escuela y basado en los centros de salud? Debemos tomar en cuenta la logística y saber si otros servicios de salud pueden prestarse en el mismo momento y lugar.

Determinar el mejor enfoque para la desparasitación en niños en edad preescolar depende del contexto local, regional y nacional y de la forma en que las intervenciones en salud se hayan realizado en el pasado. En algunas comunidades, la visita casa a casa ha sido un método exitoso, especialmente si no hay un centro de salud o escuelas dispuestas a participar. En otras hay un buen centro de salud o una infraestructura escolar sólida. En otras comunidades, la desparasitación se ha integrado exitosamente con las semanas nacionales de vacunación o con los programas de nutrición. En cualquier caso, debe solicitarse a los padres que presenten el carné de registro de los tratamientos antihelmínticos anuales ya aplicados. Sin importar el lugar, la intervención debe ser supervisada por personal entrenado y ser parte de las responsabilidades de la atención primaria en salud.

Ventajas y desventajas de los diferentes enfoques

Programa basado en el hogar

Ventajas

- Mejor cobertura
- Facilita lograr la colaboración de los niños
- Facilita llegar a los niños sin hermanos en edad escolar
- Facilita ampliar el rango de edad de los niños objeto de tratamiento (menos de 2 años de edad y mayores de 15)
- Más sostenible
- Facilita convencer a los padres
- Se puede hacer educación en salud de manera simultánea
- Puede involucrarse a los trabajadores de la salud de la comunidad, a los grupos comunitarios de trabajo voluntario y apoyarse en las redes comunitarias locales
- Se construyen relaciones con las familias
- Facilidad logística y de capacidad
- Pueden emplearse los datos de censo, llegar a los niños menores de 5 años en la comunidad, así como a hermanos que no asistan a la escuela y a adultos
- Plantea un escenario de mayor intimidad
- Ofrece una mejor oportunidad de influir en los cambios de comportamiento

- Tiene potencial para cubrir a un mayor número de niños y a los más vulnerables
- Puede adjuntarse a otras intervenciones basadas en el hogar que se realicen en la comunidad

Desventajas

- Costos más altos
- Las personas deben estar en los hogares
- Exige más tiempo y es menos costo efectivo
- La cobertura se ve limitada por la disponibilidad de trabajadores de la salud en la comunidad, ya que se ocupan de muchas otras tareas
- Es posible que se requieran más recursos

Ventajas y desventajas de los programas basados en organizaciones comunitarias

Ventajas

- Se apoyan en la infraestructura y organizaciones comunitarias existentes
- Pueden hacerse alianzas con otras intervenciones en salud (nutrición, vacunas, etc.)
- Brindan oportunidad de reunir a la comunidad
- Es un buen foro para la educación de los padres
- Puede participar una amplia gama de donantes de diferentes países
- Pueden organizarse grupos de trabajo con la participación de todos los actores

Programas basados en la escuela

Ventajas

- Puede trabajarse con las ONG y otras agencias enfocadas hacia la educación
- Es más fácil llegar a los niños
- La escuela es un lugar conocido con el que la población está familiarizada
- Es el lugar ideal para ofrecer educación sobre la desparasitación
- Más fácil desde el punto de vista de la logística
- Potencialmente podría integrarse eficientemente a la desparasitación de niños en edad escolar basada en la escuela
- Se requieren menos recursos si ya hay algún otro programa basado en la escuela

Desventajas

- No llega a niños en edad preescolar sin hermanos en edad escolar
- Muchos factores logísticos entran en juego
- ¿Cuándo hacer la intervención de manera que no interfiera con los horarios escolares o con la distribución de medicamentos para niños en edad escolar?
- Si un niño en edad preescolar no tiene hermanos en la escuela posiblemente quede por fuera
- Útil solo si la escuela (sus maestros y rector) está en buenas relaciones con la comunidad y la asistencia es alta
- Muchas veces los programas escolares no son sistemáticos

- Se necesitaría programar “días de puertas abiertas” en las escuelas

Programas basados en el centro de salud

Ventajas

- Los niños asisten al centro para los chequeos de crecimiento y desarrollo
- Es más fácil incorporarlos a los programas permanentes de salud ya existentes
- Se puede trabajar en colaboración con los fabricantes de vacunas para niños en edad preescolar
- Es más fácil integrarlos a las estrategias de nutrición, vacunas, control de vectores, salud materno infantil y educación en salud
- Se puede trabajar con las ONG y otras agencias enfocadas hacia la salud de niños en edad preescolar
- Mayor probabilidad de regularizarlo y más fácil de monitorear
- Se dispone del personal de salud y de historias clínicas
- Es un sitio conocido para la comunidad
- Pueden usarse los días de vacunación o de pesaje de los bebés para hacer la desparasitación
- Puede llegarse a las madres y hermanos que no asisten a la escuela
- Útil si el centro es un eje de la comunidad
- Si los doctores, enfermeras y personal de atención en salud tienen buenas relaciones con la comunidad, esto puede ofrecer la oportunidad para hacer educación en salud y suministrar otros servicios médicos
- Puede ser útil para discutir también sobre servicios de salud no tradicionales
- Las visitas periódicas ampliadas de prevención (más allá de los infantes y hasta la edad de 4 años) pueden brindar la oportunidad para ampliar la cobertura a través de la entrega de un paquete completo de intervenciones (desparasitación, vitamina A, planeación familiar, provisiones, etc.)
- Existe una infraestructura sólida en operación

Desventajas

- Muchos padres no llevan a sus hijos a los centros de salud, por lo que la cobertura se reduciría
- Los puestos de salud pueden estar alejados de las comunidades
- Las mujeres que viven en lugares remotos a menudo quedan marginadas y se sienten intimidadas para discutir temas íntimos con los doctores y el personal de salud
- Dependen de las tasas de asistencia de los niños a los centros de salud y de su accesibilidad

Lo ideal es recurrir a una combinación de todas estas estrategias.

Debemos explorar la posibilidad de que las actividades de desparasitación basadas en la escuela dirigidas a niños en edad escolar incluyan también a los de edad preescolar, pues se sabe que las escuelas sirven de punto focal de las actividades de la comunidad, cuando se cuenta con los datos

de línea de base sobre las infecciones y hay una buena participación de las asociaciones de maestros y padres de familia o voluntarios.

Cuando sepamos que un país, región o aldea tiene prevista una campaña de salud, deberíamos sondear la posibilidad de incluir la desparasitación en dicha actividad. También debemos establecer alianzas con los gobiernos locales en torno al tema de acceso al agua potable y asociarnos con los proveedores tradicionales de servicios de salud en las comunidades, así como con los promotores de salud.

Debemos identificar los programas locales del sector salud y de otros sectores que se enfoquen hacia los niños en edad preescolar y trabajar con ellos para integrar la desparasitación. La desparasitación en este grupo de edad debe ser un ejercicio flexible que aproveche y se adose a otras intervenciones en salud ya establecidas. Las intervenciones basadas en el hogar, en la escuela o en el centro de salud son todas aceptables y cada una puede convertirse en la mejor alternativa en un país o comunidad dada de acuerdo con sus características específicas. Las recomendaciones para los países endémicos no deben ser demasiado detalladas en lo concerniente a los canales específicos de distribución. En cambio, deben presentar todas las opciones disponibles, subrayando las oportunidades y desafíos de cada enfoque y permitiendo que la decisión final la tomen las autoridades nacionales y las agencias ejecutoras.

Sesión 6: Monitoreo, evaluación e investigación en los programas

Moderadora: Dra. Theresa Gyorkos, Profesora, División de Epidemiología Clínica, Centro de Salud de la Universidad de McGill

Medición de avances e impacto. Dr. Antonio Montresor, Departamento de Control de ETD, OMS

Estimamos que 100 millones de niños reciben desparasitación anualmente, algunas veces a través de las campañas de vacunación y de complementación nutricional. En algunos países ya se está usando ALB/MBZ en niños en edad preescolar también.

El tratamiento umbral establece que en comunidades de alto riesgo, en donde la tasa de infección es de $>50\%$, se requiere tratamiento dos veces al año. En comunidades de menor riesgo, con prevalencias entre 20-50% de los niños, un tratamiento al año es suficiente. Cuando la tasa de infección es menor de 20%, la OMS recomienda tratar a los niños caso por caso cuando son positivos para la infección. En todas las comunidades endémicas este umbral debe calcularse a partir de la línea de base.

El proceso recomendado por la OMS para niños en edad preescolar es el mismo que para los de edad escolar. Se recomienda monitorear la cobertura después de cada distribución de medicamentos y considerar el establecimiento de sitios centinela. La prevalencia debe monitorearse una vez cada dos años para ver si el programa debe aplicarse de nuevo después de 5 o 6 años y saber si está cumpliendo con las expectativas. Posteriormente debe monitorearse otra vez a los 5 o 6 años para saber cuál es el paso siguiente y si debe continuarse igual o reducir la cobertura.

Estos son algunos de los principios a tener en cuenta.

1. Considerar una estrategia de salida o de reducción de la administración frecuente de medicamentos. Después de varios años de administración de antihelmínticos es aconsejable analizar si es necesario reducir la frecuencia en la administración de medicamentos.
2. Las medidas recomendadas aplican solo si la cobertura de la intervención se ha mantenido por encima de 75% de los niños en edad escolar durante al menos 5 o 6 años. Si no se ha alcanzado una cobertura satisfactoria, se sugiere diferir la decisión de reducir la frecuencia de la intervención hasta que esta condición se haya logrado.
3. En este tema se dispone de información limitada, así que estas sugerencias se basan en el consenso de los expertos y serán revisadas tan pronto se recoja información suficiente proveniente de los programas a largo plazo.
4. Debe realizarse un estudio al cabo de 5 o 6 años de control basado en la escuela y medirse la prevalencia de la enfermedad.

5. La decisión en torno a la frecuencia de la distribución debe guiarse por umbrales más restrictivos que los empleados para determinar la frecuencia del tratamiento en la línea de base, porque en este caso la prevalencia se mide después de años de estar administrando los medicamentos y, por lo tanto, incluso una prevalencia moderada de HTS (por ejemplo, 20%) indica que los parásitos mantienen una capacidad de transmisión relevante.

Mediciones sugeridas (ver la figura siguiente):

Al cabo de 5 o 6 años de intervención (cobertura de más de 75%) y si la prevalencia acumulada medida en los sitios centinela es

mayor de 20%: continuar con dos rondas al año de tratamiento antihelmíntico durante los siguientes 4 años;

entre 5 y 20%: continuar con una ronda al año de tratamiento antihelmíntico durante los siguientes 4 años;

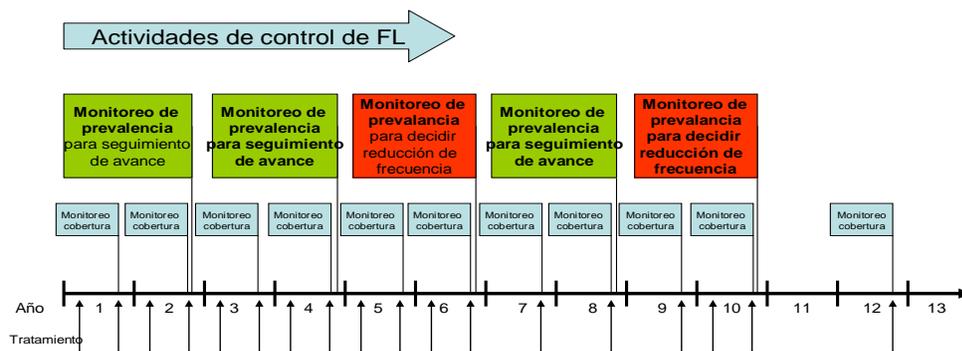
menor de 5%: administrar quimioterapia preventiva cada dos años durante los siguientes 4 años.

Al cabo de 4 años, debe realizarse otra evaluación de sitios centinela para decidir si debe hacerse otra reducción en la frecuencia de la intervención.

Las evaluaciones generalmente se hacen dividiendo el país en áreas ecológicas: costeras, montañosas, etc. Se asume que la prevalencia es homogénea en cada área. Se puede analizar un área en la que no se haya distribuido medicamento y otra en que sí para determinar la intensidad de la infección.

Esta información se está incorporando en los manuales que serán distribuidos en los países.

Figura. Cronograma de actividades sugerido para los programas de control de HTS basados en la desparasitación de niños en edad escolar (según un ejemplo de desparasitación ligada a los programas de control de FL)



Discusión sobre el monitoreo

Pregunta 1: ¿Cuándo se hace esta evaluación? ¿Cuántos meses después de administrar el medicamento?

Respuesta 1: La OMS recomienda recolectar los datos inmediatamente antes de la siguiente distribución, no después. Justo antes es el mejor momento para recoger la información; de esa manera se sabe si la frecuencia de las intervenciones es la más eficiente.

Pregunta 2: Si se considera un caso en el que la prevalencia es de 60% y a los 5 años todavía está en 15%, lo que se prevé es que la prevalencia vuelva a 60% después de un par de años, ¿cierto?

Respuesta 2: Sí; es por eso que se mide de nuevo a los 5 años y se decide si debe continuarse la administración del medicamento. Después se vuelve a monitorear para ver la tendencia, si sigue bajando, es buena señal; si la intensidad retorna al nivel original, hay que volver a administrar el medicamento con mayor frecuencia.

Pregunta 3: ¿Así que los programas ya establecidos deben monitorearse anualmente para ver si la prevalencia baja, y cuando llegue a 5% deben planificarse dos rondas más de tratamiento por 4 años y después detenerlos del todo?

Respuesta 3: Incluso si se deja de administrar medicamento al cabo de 4 años, hay que seguir monitoreando.

Pregunta 4: Así que al cabo de los 4 años se detiene el tratamiento pero se sigue monitoreando, ¿por cuánto tiempo?

Respuesta 4: Eso aún no se ha definido.

Pregunta 5: La metodología recomendada por la OMS debe considerar muchos contextos diferentes, como la logística disponible en el país, lo que es una preocupación fundamental. ¿Qué pasa con aquellas áreas en que las preocupaciones son de otro orden? Algunos países pueden querer una evaluación más rigurosa que otros, pero el método de evaluación de la OMS no se basa en una técnica de muestreo probabilístico. ¿Podría considerarse el levantamiento de mapas donde queremos obtener estimativos más precisos de la situación?

Respuesta 5: Depende de la cantidad de dinero que se invierta en el levantamiento de mapas en lugar de gastarlo en la intervención; podemos invertir mucho dinero en los mapas; se pueden recoger muchos datos sobre millones de niños, pero 5 años más tarde éstos estarán desactualizados y hay que rehacerlos. Cuando se tienen suficientes recursos, se puede decidir en qué invertirlos; algunos países tienen estándares diferentes de prevalencia, para algunos 20% es demasiado y querrán emplear 10%. Lo importante es que el levantamiento de mapas no debe ser un fin en sí mismo; debe ser la base para la toma de decisiones sobre la estrategia de intervención a seguir.

Pregunta/Comentario 6: En la práctica, hablar sobre el porcentaje de prevalencia en el tiempo también implica costos. Digamos que si la prevalencia es de >20% y en 4 años queremos reducirla, tenemos que pensar en aspectos que van más allá de la intervención, como agua y saneamiento, y en cómo vender este componente políticamente. Una vez la prevalencia llega a 5%, los costos se elevan porque los estudios deben hacerse a mayor escala para detectar a quienes presentan infección intensa. Sin embargo, si tenemos una prevalencia de <5%, pero 3% con infección grave, entonces existe la probabilidad de volver a una prevalencia de >20% en 3-4 años.

Respuesta 6: El monitoreo no es solamente para la intervención, y la prevalencia depende de la definición que se adopte. Si la definición cubre todos los aspectos de la enfermedad, entonces con una prevalencia de <5%, todas las infecciones son de baja intensidad a menos que se haya olvidado incluir a un grupo de personas. Naturalmente no podemos cubrir todos los casos, pero hay principios generales. Los gerentes de programa pueden usar la información y decidir en consecuencia.

Discusión posterior al video sobre la técnica Kato-Katz

La técnica puede hacerse en el terreno (en patios, en escuelas, etc.) porque se usa un microscopio de luz, el cual no requiere electricidad.

El tiempo que debe esperarse antes de examinar la lámina del microscopio depende de la temperatura local. Esto porque los huevos de uncinarias se aclaran rápidamente y no se pueden ver después. Puede dejarse la glicerina por 20 minutos y leer el portaobjetos a las 2 horas. Es posible que haya que leer los portaobjetos en la escuela porque no hay tiempo de llevarlos al laboratorio. Algunas veces, se preparan 30 láminas y después se comienza a leer la primera sin tener que esperar las dos horas.

La temperatura es un factor crítico. Se esperan 10 minutos en temperaturas de 37 grados Celsius. Si la temperatura es alta, hay que preparar un número pequeño de láminas y leerlas más rápidamente. Debe hacerse una pre-prueba para establecer el procedimiento de examen a emplear en un área específica.

Evaluación de los programas de desparasitación. Dra. Theresa Gyorkos, Profesora, División de Epidemiología Clínica, Centro de Salud de la Universidad de McGill

Cuando se planean los programas regulares de desparasitación es importante contar con los datos de línea de base para comparar con los resultados de los ciclos futuros de desparasitación. Esto también permite un uso más efectivo de los escasos recursos financieros. Dichos datos nos informan sobre los requerimientos en cuanto a frecuencia del tratamiento y sobre el momento de pasar de la frecuencia alta a la baja en nuestra intervención.

Podemos medir diversos indicadores en los diferentes momentos de M&E. Siempre medimos la cobertura, o sea, qué porción de la población objeto está siendo cubierta en un ciclo específico de desparasitación, y debe discriminarse en niños en edad escolar y en edad preescolar.

En ocasiones también es necesario medir el impacto en salud, las tasas de infección y el crecimiento. Los indicadores de impacto deben escogerse cuidadosamente porque no es posible medirlos todos. Por ejemplo, si tenemos un programa a 5 años, podríamos querer la inclusión de la anemia en la línea de base y medir de nuevo a los 5 años para ver en cuánto ha disminuido.

La costo efectividad también es otro aspecto importante en las mediciones. ¿Cuánto cuesta un ciclo de desparasitación en un entorno específico? ¿Cuáles son los costos de realizarlo en las escuelas, los centros de salud, etc.?

También debe considerarse el género. ¿Reciben los niños y las niñas el tratamiento de manera equitativa?

Es igualmente importante considerar la investigación global sobre programas y los diferentes tipos de programas existentes para diferentes periodos de tiempo.

Sabemos que México tiene un programa de larga data. ¿Qué podemos aprender de ellos? Ese programa comenzó en 1993 y el país incluye la desparasitación en su “Semana Nacional de Salud”. Los funcionarios de la salud organizan actividades para niños en muchos tipos diferentes de escenarios –escuelas, parques, estaciones del metro y en toda la Ciudad de México durante las Semanas de la Salud (SNS). Cuando incorporaron por primera vez la desparasitación en sus SNS, incluyeron un componente de M&E y organizaron a todos sus laboratorios nacionales para monitorear la desparasitación.

Un aspecto de una solicitud de donación que estamos preparando en este momento se refiere al análisis de diferentes programas de desparasitación y a las lecciones que pueden ofrecernos. Sabemos que Honduras tiene su programa, y que otros países lo están creando. En México, La agencia nacional de coordinación original ya no tiene la responsabilidad del programa. Los actores cambian con el tiempo y podemos aprovechar la experiencia de México, pero ésta es de hace más de 15 años, así que es difícil encontrar a personas que recuerden cómo se estableció inicialmente el programa.

En Honduras están presentes colegas que saben cómo se estableció su programa y quisiéramos aprovechar la ocasión para saber cómo se hizo y cómo ven su sostenibilidad.

Perú no tiene un programa nacional de desparasitación actualmente, pero sí cuenta con ONG que participan en programas comunitarios de desparasitación.

Las lecciones aprendidas con base en el programa de México incluyen la gran importancia de lograr la voluntad política para implementar el programa, la importancia de evaluarlo y la necesidad de una participación de múltiples niveles, incluidos los actores locales, nacionales y globales.

Independientemente de los actores que coordinen los programas de desparasitación, debe realizarse una evaluación de línea de base rigurosa inmediatamente antes de ejecutar el programa y saber que la planeación es clave para la movilización de la comunidad. Al cabo de 5 años, es necesario planear una evaluación completa y comparar con las mediciones de línea de base.

Programar los tiempos para los ciclos de intervención con medicamentos es importante y debe hacerse monitoreo anualmente. Las evaluaciones pueden hacerse cada 5 o 3 años dependiendo de las necesidades locales y de los recursos disponibles.

Por último, el desarrollo de capacidades y habilidades técnicas en el personal de salud y de otros sectores a través del programa ayuda con la planeación e implementación futuras.

Momentos de aplicación y frecuencia de la desparasitación en niños menores de dos años. Serene Joseph, Candidata a doctorado, Departamento de Epidemiología, Bioestadística y Salud Ocupacional, Universidad de McGill

El proyecto de investigación que vamos a realizar se llama “Mejoramiento del crecimiento y desarrollo de la primera infancia en países pobres de ingreso bajo y medio por medio de la

incorporación de la desparasitación en la atención integral en salud infantil”; éste nos beneficiará a todos en la toma de decisiones sobre la frecuencia y el momento de administrar los medicamentos antihelmínticos a niños entre los 12 y 24 meses de edad. La investigación sobre los grupos de edad más joven es importante porque acopiará evidencia sobre cuánto podemos mejorar el crecimiento en la primera infancia a través de la desparasitación. El proyecto se llevará a cabo en Iquitos, Perú.

Iquitos es un área con alta prevalencia de HTS. Hay 30% de prevalencia de HTS a los 12 meses de edad, y para los 24 meses de edad ya ha aumentado a 50% y, sin embargo, no se realiza desparasitación en niños en edad preescolar actualmente.

Las infecciones por *Ascaris* y *Trichuris* son las principales en este grupo de edad; los niños menores de 24 meses constituyen de 5 a 10% de los 2 mil millones de personas infectadas por HTS. Después de la consulta informal realizada por la OMS en el 2002, en la cual se revisó toda la evidencia existente, se recomendó la inclusión de los niños de <24 meses de edad en las actividades de desparasitación. Sin embargo, se requiere todavía de evidencia empírica, especialmente en lo tocante a los efectos de la desparasitación en el crecimiento y desarrollo de los niños entre 12 y 24 meses de edad.

Nuestro estudio analizará el efecto de la desparasitación en el crecimiento medido por el peso corporal de los niños en este grupo de edad. Además, mediremos su efecto en la talla, el desarrollo cognitivo y motor (medido con la escala de Bayley para el desarrollo del infante) y la prevalencia e intensidad de las infecciones por HTS (medidas con la técnica de Kato Katz). Nuestra meta es determinar el impacto en el crecimiento y la salud de acuerdo con los momentos y frecuencia de los tratamientos antihelmínticos.

Para este ensayo controlado aleatorio doble ciego reclutaremos y haremos seguimiento a 1.760 niños de 12 meses de edad que viven en una zona altamente endémica para HTS del Amazonas peruano. Dividiremos los niños en cuatro grupos y les administraremos 500 mg de MBZ o un placebo a los 12, 18 y 24 meses de edad. Uno de los grupos recibirá MBZ en todas estas tres momentos, dos de los grupos recibirán MBZ dos veces y placebo ya sea a los 12 o a los 18 meses, y el cuarto grupo recibirá placebo a los 12 y 18 meses seguido de tratamiento con MBZ a los 24 meses. Los niños asistirán a controles rutinarios de crecimiento y desarrollo, en los cuales recibirán los complementos y vacunas reglamentarias y se les hará monitoreo de crecimiento y otras medidas por parte de personal capacitado.

Esperamos difundir los resultados de nuestra investigación en foros nacionales e internacionales, a través de seminarios y conferencias, artículos de revista, boletines e iniciativas globales en colaboración con diversas ONG aliadas y agencias internacionales y gubernamentales.

Nuestra esperanza es que esta investigación aporte evidencias sobre la desparasitación en niños en edad preescolar y sirva para el diseño de políticas. Además, esperamos que sea relevante para todos los 130 países endémicos para HTS.

Los temas de género y participación comunitaria. Dra. Ana Sánchez, Profesora Asociada, Ciencias de la Salud Aplicadas y Basadas en la Comunidad, Universidad de Brock

La investigación que realizamos sobre HTS en población en edad escolar de Honduras fue parte de un proyecto más amplio en el que trabajamos con la Dra. Gyorkos, llamado “Género y enfermedades parasitarias: la incorporación del análisis de género a la investigación epidemiológica sobre enfermedades parasitarias para optimizar el impacto de las medidas de prevención y control”.

Se sabe que Honduras es un país de alta prevalencia (>20% a nivel nacional), aunque algunas áreas tienen tasas de prevalencia mucho mayores. La cobertura de la desparasitación era inadecuada antes del 2009, pero mejoró a partir de ese año.

Nuestra investigación realizó un estudio transversal en 314 niños en edad escolar de áreas rurales por medio de un cuestionario estandarizado para analizar la prevalencia. Así mismo, tomamos muestras de materia fecal y medimos el tamaño de caderas y cabeza. Realizamos jornadas informativas en las escuelas y comunidades para padres y niños.

Fue difícil dar inicio al estudio porque la coordinación de las actividades de desparasitación en Honduras es algo complicada. El proyecto está incluido en el portafolio de la Primera Dama, pero los ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social también están involucrados, así como el Programa de Escuelas Saludables, y la coordinación no está bien definida. Además, necesitábamos trabajar con las escuelas, sus directores, los maestros, los niños y la comunidad y, adicionalmente, teníamos que involucrar al departamento nacional de agricultura.

Nuestro enfoque implicaba la incorporación de la comunidad a todos los niveles y una vez logramos poner en acción ese componente todo lo demás comenzó a rodar. El trabajo de campo se realizó entre febrero 21 y marzo 2 de 2011 en el departamento de Olancho, Honduras, en colaboración con el departamento nacional de agricultura.

Cuando entramos a la comunidad encontramos que estaba muy bien organizada. Toda la comunidad se hizo presente y encontramos que no podíamos satisfacer la demanda. Ocho de las nueve escuelas invitadas a participar asistieron y en total reclutamos a 356 niños de todos los grados de 3 a 5 (edades de 9 a 11).

Encontramos que seis escuelas tenían programas de desparasitación y dos, no. Había alguna variación en la frecuencia de los tratamientos: en algunas se señaló que se hacían dos veces al año, en otras, una vez, y en una, no sabían.

Cuando hablamos con los niños encontramos que algunos conocían la palabra “desparasitación”. Sólo 13% dijo haber recibido medicamentos antihelmínticos en la escuela, así que la distribución era un problema. Así mismo, la mayoría de los niños no sabía la forma de transmisión de los parásitos. Sólo 21% pudo explicar la forma de transmisión, pero la mayoría no tenía ningún conocimiento a pesar de haber recibido el tratamiento en el pasado.

Los datos sobre prevalencia mostraron que la mayoría de las infecciones eran leves, aunque algunas eran moderadas. *Trichuris* fue el parásito más común (59% de prevalencia). Las uncinarias se encontraron en 22% de los niños y *Ascaris* en 17%, aunque se había administrado el tratamiento en el año anterior. Así pues, nuestros hallazgos preliminares muestran que a pesar

de recibir el tratamiento de desparasitación, todavía se presenta una alta prevalencia de HTS (64%) entre los niños de estas comunidades en Honduras. Sin embargo, solo un niño presentó una concentración de hemoglobina menor de 11, lo que es muy bueno.

Encontramos igualmente que los programas de desparasitación en Honduras requerían de mayor coordinación y mejor cobertura, distribución y M&E. Todos estos aspectos contribuyen a una más eficaz recolección de evidencia científica para garantizar el compromiso político.

Sin la participación de la comunidad, no hubiera sido posible realizar el estudio. El grupo del departamento nacional de agricultura jugó un papel esencial en la tarea de ganarnos la confianza de la comunidad. Uno de los principales mensajes que nos dejó la investigación es la importancia de organizar a las comunidades y presentarlas como modelos a seguir.

Discusión

Pregunta 1: ¿Cuál es el cronograma del estudio del Perú? Además, ¿es posible añadir un componente para hacer seguimiento a los costos?

Respuesta 1: El cronograma tiene previsto finalizar el seguimiento a finales del 2012; el reclutamiento comenzará en los próximos meses, y esperamos tener resultados a comienzos del 2013. El protocolo de estudio ya está listo para comenzar, y sí, creo que podemos hacer seguimiento a los costos de los medicamentos e incluir esto como un componente del estudio.

Pregunta 2: ¿Puede detallar más lo relativo al rol y las actividades del departamento nacional de agricultura en Honduras?

Respuesta 2: El departamento de agricultura opera en esa parte del país. Cuenta con institutos de agricultura y veterinaria y trabaja con las comunidades en la consecución de capital para productos lácteos, mejoramiento de la seguridad alimentaria y la vacunación de animales, entre otros. La comunidad está muy comprometida en sus actividades e, incluso, los líderes comunitarios dan alojamiento en sus casas a los funcionarios. Nos ayudaron mucho presentándonos ante las comunidades y la población. Además, tienen un comportamiento muy ético y han establecido relaciones muy igualitarias, exentas de paternalismo, con las comunidades. Es muy importante identificar aliados de este tipo antes de entrar en contacto con las comunidades.

Pregunta/Comentario 3: Mencionó que en Honduras la prevalencia de HTS era alta a pesar de la desparasitación realizada durante el año anterior. Quizás la comunidad en la que trabajaron se beneficiaría del tratamiento dos veces al año, o, quizás se requiere de más tiempo para que la prevalencia comience a disminuir.

Respuesta 3: El estudio ciertamente subraya la importancia del monitoreo y de saber quién está haciendo qué. Cuando las organizaciones llegan, comienzan a actuar, pero a menudo sin llevar un registro. Es importante registrar la desparasitación en un carné en el momento en que se lleva a cabo; es fácil y lo haremos.

Pregunta 4: ¿Por qué tomaron muestras de sangre en lugar de simplemente recolectar la información sobre anemia?

Respuesta 4: Contratamos a un laboratorio privado para establecer los valores hematológicos, así que tuvimos que tomar muestras de sangre. También estábamos buscando anticuerpos como parte de un proyecto paralelo. La idea era añadir valor al estudio, ya que se estaban invirtiendo grandes recursos; no fue un proyecto barato. Esto se hizo en el contexto de una investigación amplia, no como parte de un programa nacional de desparasitación. Ningún estudio sobre desparasitación haría lo que nosotros hicimos.

Sesión 7: Consideraciones especiales: perspectiva de los actores y donantes a nivel global

Moderador: Josh Colston, Investigador en Salud Pública, División de Protección Social y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo

Perspectiva del Programa Mundial de Alimentos. Dr. José Castillo, Oficial de Programa de los Programas de Alimentación Escolar, Programa Mundial de Alimentos

El PMA trabaja con poblaciones vulnerables que padecen el hambre a través de una serie de componentes de nuestro programa. Además, brindamos apoyo a la desparasitación, asistencia nutricional, alimentos para el trabajo, y somos líderes en alimentación escolar. En todo el mundo, los países emplean la alimentación escolar como parte del cuidado de los niños, sean pobres o ricos.

El programa de alimentación escolar comenzó hace 50 años; uno de los primeros programas del PMA fue la asistencia de emergencia en el sur de Sudán, donde los niños presentaban malnutrición y muchos otros problemas.

Los programas de alimentación escolar se centran en la reducción del hambre, el mejoramiento de la nutrición infantil, la promoción de la asistencia escolar y de la desparasitación, pues cuando los niños presentan infecciones, el suministro de alimento no tiene efecto.

En el 2010 atendimos a 21 millones de niños en 63 países alrededor del mundo. En ALC, el Programa de Alimentación Escolar del PMA trabaja con los gobiernos, aunque en la mayoría de los casos, éstos asumen la responsabilidad de la alimentación de la infancia.

La meta del PMA es mejorar la calidad del programa de alimentación escolar y fortalecer el paquete básico que se entrega a los niños. También trabajamos en el desarrollo de programas de alimentación escolar en situaciones especiales como las de Haití donde hoy 900.000 niños se benefician del programa.

Sin embargo, tenemos un serio problema de coordinación con muchos de los gobiernos. Muchos programas de alimentación no trabajan con los MdeE sino con el Ministerio de Agricultura, como sucede en Honduras. Debemos tener la capacidad de aprovechar todas las estructuras para armonizar los programas.

¿Por qué el PMA trabaja con la OMS en la desparasitación? Porque los niños necesitan la desparasitación y la alimentación para un mayor desarrollo cognitivo y un mejor desempeño escolar; hemos venido trabajando con la OMS en desparasitación desde 1998.

También tenemos un paquete básico para niños y sus familias; este programa se realiza conjuntamente con la UNICEF e incluye la desparasitación, el suministro de micronutrientes, higiene y saneamiento, educación en salud y nutrición, prevención de VIH y malaria y

suministro de estufas de bajo consumo de combustible. Nuestros principales aliados incluyen a los gobiernos, los donantes, las agencias de Naciones Unidas, las ONG y el sector privado. Johnson & Johnson y la Fundación Bill Clinton han venido donando los medicamentos antihelmínticos directamente al PMA debido a nuestra capacidad logística para la distribución.

Quisiera enfatizar igualmente la importancia de la participación de la comunidad. Por lo general, los maestros tienen una carga excesiva de trabajo y si cuentan con la participación de la comunidad, pueden aligerarla. Un manejo activo del programa por parte de la comunidad es esencial para el éxito de nuestra labor, por ejemplo en la reducción de los costos del monitoreo.

Nuestros planes para el futuro incluyen mejorar nuestra coordinación con los sectores de educación y salud. Queremos crecer con nuestros aliados y con el sector privado para incentivar la responsabilidad social a nivel local.

El programa de alimentación escolar no implica solamente dar alimentos. Incluye el suministro de agua, la desparasitación, el mejoramiento de las cocinas, la higiene, la capacitación de los maestros, la construcción de letrinas, la seguridad alimentaria y las huertas. ¿Qué piensa un niño que asiste a la escuela cuando ve todos estos elementos? Entiende y aprecia el valor de lo que la escuela le ofrece. Tenemos que garantizar que todos los niños tengan los elementos básicos necesarios para la vida.

Perspectiva de UNICEF, según informe del Dr. Antonio Montresor, Departamento de Control de ETD, OMS

UNICEF ha señalado que hay tres áreas en las cuales pueden colaborar con nosotros, y que paso a señalar.

- 1) Desparasitación en niños en edad preescolar. UNICEF plantea que la mejor manera de incluir a un gran número de niños en edad preescolar es a través de los programas que ya están en funcionamiento, como el de complementación con vitamina A, y de allí ampliar la colaboración. Señalan que si logran obtener los medicamentos por donación, para ellos es fácil incluirlos como parte del paquete que se entrega a cada niño. También se les facilita capacitar a los maestros y al personal sobre los procedimientos de desparasitación, pues pueden incluirlos en la capacitación que ya ofrecen. Sin embargo, expresan preocupación sobre la disponibilidad de donaciones de medicamento para niños en edad preescolar, ya que el enfoque actual se centra en los de edad escolar y saben que los fabricantes de medicamentos a veces son reacios a donar fármacos para nuevos grupos de población.
- 2) Actividades escolares. UNICEF vacuna a mujeres jóvenes en edad escolar y creen que nuestras intervenciones basadas en la escuela tienen el potencial para incluir esta vacunación también.
- 3) Colaboración en saneamiento. Hay un equipo que trabaja en saneamiento en la UNICEF y ellos creen que pueden usar los datos de nuestros estudios para identificar los lugares que requieren mejoras en saneamiento. Si saben dónde hay infecciones de alta intensidad,

pueden asignar fondos para mejoras en saneamiento en esas áreas, así que suministrarles nuestros datos sería de mucha utilidad.

Con más recursos disponibles para desparasitación podemos ser socios más proactivos de UNICEF.

Perspectiva de los CDC de EE.UU. Dr. Michael Deming, Capitán, Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos, División de Enfermedades Parasitarias, Centro para la Salud Global, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos

La misión de los CDC es proteger la salud de los ciudadanos de EE.UU., por lo que usualmente nos involucramos en el manejo de programas internacionales sólo cuando contamos con fondos adicionales. Actualmente sólo se recibe un aporte modesto de USAID para las ETD, pero no hay asignación específica para los HTS. Por consiguiente, generalmente trabajamos con proyectos financiados como asesores técnicos. Con las HTS nuestro trabajo se divide en dos secciones: un grupo para las pruebas de laboratorio y el otro, para epidemiología. Aunque ninguno trabaja específicamente con HTS, cinco de nuestros integrantes se dedican a las enfermedades que pueden eliminarse: la FL, la oncocercosis, las HTS, la esquistosomiasis y otras. La mayoría de los fondos para estas actividades provienen de proyectos de FL.

Es desconcertante escuchar que algunas campañas para HTS y FL están programadas a 5 o 6 años y que la mayoría de las estrategias es oportunista, a corto plazo y parcial. En cuanto a la FL, solo los niños de más de 90 centímetros de estatura reciben el tratamiento y hay zonas en cada país en donde no reciben tratamiento alguno. La naturaleza cortoplacista de las campañas también es desconcertante, ya que dependen de la continuidad y buena voluntad de las campañas de vacunación y las jornadas nacionales de inmunización, pues no tienen un cronograma adecuado y no son propuestas a largo plazo, por lo que debemos encontrar la forma de mantenerlas. Hemos analizado los conjuntos de datos demográficos de 27 países subsaharianos, enfocándonos en las madres con acceso a instalaciones de atención en salud. El porcentaje medio de cobertura es de 92% y el número promedio de visitas médicas es de siete. Lo que está funcionando allí es la inclusión de la desparasitación en otros servicios para la familia, incluida la complementación con vitamina A, el toxoide tetánico para las madres, el suministro de mosquiteros tratados con insecticida, la sal yodada, la planificación familiar y el espaciamiento de los nacimientos. Sería interesante intentar la entrega de este tipo de paquete en algunos lugares de ALC, pero entiendo que se están intentando también otras estrategias comunitarias prometedoras.

También sorprende que la notificación de coberturas no está funcionando bien en niños en edad preescolar, ya que hay agencias que atienden a los niños, pero no informan la cobertura o, si lo hacen, entregan el número total de niños tratados, pero sin desagregar por edades, de manera que no sabemos cuántos niños en edad preescolar y cuántos en edad escolar son tratados.

La AIEPI es otro desafío. Cualquier niño que presente palidez debe ser tratado con ALB, pero no tenemos el algoritmo para administrarlo. Un tercio de los niños de 2 a 4 años de edad presentan palidez y deberían recibir tratamiento, pero no sabemos cómo incluir esto en nuestros cálculos de

cobertura. Podemos hacer encuestas para medir la cobertura, lo que depende de la exactitud de la memoria de las madres. Cuando analizamos esta opción en Togo, parecía prometedora. Allí los niños reciben tratamiento para tres enfermedades: esquistosomiasis, HTS y FL. Las madres contestaban con exactitud lo referente a si sus hijos recibían el medicamento y el número de dosis. Para ALB casi siempre era una sola dosis, pero con otros medicamentos, la dosis aumentaba con la edad del niño. Si encontramos que las madres suministran información precisa, entonces deberíamos recurrir a las encuestas para informar sobre la cobertura. La ventaja sería tener mediciones exactas de la cobertura en niños en edad preescolar. Así mismo, lo referente a la cobertura en edad preescolar podría ser parte de encuestas más amplias con propósitos múltiples como las encuestas demográficas y de salud o el estudio que realiza UNICEF. Estos estudios se quedan en los escritorios de los directores de los MdeS y sacarlos a la luz le daría mucha visibilidad a nuestros programas. Esperamos poder llegar a contar con una base de datos que demuestre que la cobertura puede medirse de manera exacta con este método.

Discusión

Pregunta 1: ¿Cómo puede un país asegurarse de que dispondrá de suficiente medicamento para mantener sus programas de desparasitación?

Respuesta 1: El ALB y el MBZ son fáciles de producir; solo hay que informar a los fabricantes sobre la cantidad requerida. Por eso es tan importante calcular la cantidad de medicamento necesaria para los siguientes 4 o 5 años. Para los países esto implica varios factores: obtener los fondos para implementar un programa exitoso; tener suficiente capacidad de almacenamiento; diseñar la forma de distribución de los medicamentos, y establecer la frecuencia de las dosis necesarias. J&J se ha comprometido a donar 200 millones de tabletas y GSK 400 millones, lo que es suficiente para la población en edad escolar. Ya que el programa de FL comienza a reducirse a partir del próximo año, es un buen momento para intensificar el programa de HTS y copar los medicamentos que no se van a necesitar para la FL. Mi impresión es que GSK no quiere reducir la operación de su fábrica y quiere continuar produciendo los medicamentos. Además, hay lugar para los fabricantes de genéricos y laboratorios locales y la esperanza es que recurrir a ellos también promueva las economías locales.

Pregunta 2: ¿Podría la desparasitación jugar un papel en el programa especial del PMA contra la desnutrición infantil en Centroamérica? También quería mencionar que la OPS realiza encuestas periódicas sobre agua y saneamiento en las Américas, y que se ha iniciado el trabajo con el BID para levantar mapas sobre la cobertura de agua y saneamiento y los índices de pobreza y esto podría ser interesante para UNICEF, ya que se mencionó que quieren saber dónde hay necesidades de saneamiento en las escuelas. Por último, ¿existen encuestas internacionales amplias a cargo de agencias bilaterales o del PMA en ALC que puedan aprovecharse para añadir preguntas sobre desparasitación?

Respuesta 2: Los programas de nutrición y alimentación del PMA para niños en edad escolar están orientados a complementar actividades que llevan a cabo agencias especializadas. ¿Por qué recurrimos a los programas escolares? Porque son programas a largo plazo y podemos hacerles seguimiento y evaluación. Nuestros programas de nutrición sólo se hacen durante un periodo, hasta que disminuyen las tasas de desnutrición; pero podemos adelantar algunos programas a

largo plazo en donde la malnutrición es un problema.

Respuesta 2 (cont.): Sí, es muy importante; podemos obtener mejores resultados cuando simultáneamente se introducen la desparasitación y las mejoras en agua y saneamiento.

Respuesta 2 (cont.): Creo que hay una tercera encuesta a esta misma escala que es la de indicadores de malaria. No se hace mucho en ALC y puede continuar aún por mucho tiempo, pero creo que se realiza cada tres años, no cada cinco; además, va a realizarse una encuesta mixta en ALC. Estas encuestas son amplias y ofrecen una oportunidad para el levantamiento de mapas, no es infrecuente que incluyan hasta 250 sectores en un país, así como la recolección de muestras biológicas. Tal vez se puedan usar estas encuestas para los mapas de impacto y cobertura.

Pregunta 3: Cuando los países reciben donaciones de medicamentos, es importante que almacenen y distribuyan los medicamentos, así como que monitoreen y hagan seguimiento de su utilización. Dicha capacidad es necesaria antes de que un país acepte oficialmente una donación, pero esto es muy complicado en algunos países. Algunos incluso tienen que pagar los costos de importación y nacionalización de los medicamentos donados. Así mismo, las agencias que solicitan los medicamentos puede que no estén autorizadas para emplearlos en el país y a veces el personal técnico no sabe esto, así que los fármacos pueden quedarse meses almacenados en bodegas, lo que añade otro costo: el pago de dicho almacenamiento. Sin embargo, UNICEF tiene una gran capacidad en las comunidades, así como experiencia en la movilización social. Cuentan con personal que puede encargarse de esto y tienen oficinas de país. ¿Podemos hacer una alianza con UNICEF como la que tenemos con el PMA y aprovechar las campañas de vacunación de UNICEF? Esto porque debemos optimizar nuestras alianzas en cada uno de los países.

Respuesta 3: Los costos pueden ser un gran problema; además, son varios los ministerios involucrados y no siempre están de acuerdo. El MdS puede estar contento con los medicamentos, pero es posible que los de transporte y turismo estén preocupados al tener que recibir estas grandes cantidades de fármacos, pues tienen pocos recursos. Algunas veces hay problemas con la obtención de permisos y los costos de almacenamiento suelen ser altos. Igualmente, por lo general se planifica para recibir los medicamentos solamente unos pocos días antes de su distribución; de planearse para recibirlos con suficiente antelación, de manera que si el proceso se demora, y tenemos poder de negociación, no habrá necesidad de ir a los ministerios a apurarlos diciendo: “oigan, ¡ya están aquí!” Facilita mucho las cosas si los medicamentos pueden importarse sin tantos costos.

Respuesta 3 (cont.): Tenemos que ser consecuentes con lo que le planteamos a los países. Solíamos recibir la donación en una sola ocasión; ahora estamos tratando de encontrar donantes que se involucren en programas sostenibles para varios años, de manera que podamos incluir estos aspectos en el proceso de planeación.

Pregunta/Comentario 4: Me pregunto si podríamos llegar a más niños en edad preescolar con programas basados en la escuela y si la inclusión de la desparasitación en los programas de nutrición pueda ser eficiente, especialmente dado que la nutrición es tan importante para este grupo de edad.

Respuesta 4: El costo de un programa así es de alrededor de 20 centavos por niño. Algunos gobiernos como el de Brasil quieren hacer más inversión. Allí tienen al menos un nutricionista por cada dos escuelas y estamos buscando revitalizar el programa de alimentación allí. Ahora las escuelas están comenzando a comprar sus alimentos, no del mercado central, sino directamente de los granjeros locales. Este modelo se denomina en Brasil 'cero hambre', e incluye a toda la gama de sectores relacionados con pobreza; en el país las escuelas están estratificadas según el nivel de pobreza de la comunidad. Tenemos mucho que aprender de los diversos sectores sobre la forma de reducir los costos y beneficiar más a la población.

Pregunta/Comentario 5: El PMA ha tenido mucho éxito en Honduras. Al comienzo, 100% de los almuerzos escolares era facilitado por el PMA, pero ahora el gobierno paga 90% de los costos, de manera que el programa es sostenible. Debemos analizar la forma de conseguir lugares de almacenamiento para el programa de desparasitación, de manera que pueda integrarse al programa de alimentación escolar, especialmente para los nuevos niños que llegan al programa.

Pregunta 6: El ALB y el MBZ están disponibles en muchas formulaciones. ¿Los programas de desparasitación deben concentrarse en la formulación de dosis única?

Respuesta 6: Para los tratamientos clínicos, y cuando hay un doctor disponible, la dosis múltiple de MBZ es lo establecido en el protocolo. Pero en términos prácticos, y en el contexto de programas masivos de desparasitación, es muy difícil dar otra cosa que una dosis única. También es conveniente ver que el niño sí se ha tomado la píldora. Por eso se introdujeron las tabletas de dosis única de ALB y MBZ. Afortunadamente, la dosis única ha demostrado una eficacia similar a la dosis múltiple; así pues, la dosis única puede administrarse a todos, aunque el uso clínico es diferente y puede recurrir a la formulación de dosis múltiple.

Pregunta 7: Sabemos que en general no hay efectos secundarios, por lo que no hay un sistema de registro de tales efectos en las escuelas. El maestro puede contarle a alguien que notó algo y hasta allí llega el asunto. ¿Son los efectos secundarios una preocupación mayor para niños en edad preescolar? ¿Deberían los informes de M&E de los ciclos de desparasitación en edad preescolar añadir los efectos secundarios a los componentes notificados?

Respuesta 7: Incluso para los niños en edad escolar tratamos de monitorear los efectos secundarios en las actividades de M&E. Cuando algún niño experimenta un efecto secundario serio, éste se presenta muy rápido. Tal vez los niños no informan de algunos efectos secundarios menores. Hicimos un experimento con base en los informes de los maestros y no hemos detectado ningún efecto secundario recurrente. Sin embargo, cuando les preguntamos directamente a los niños, el número de problemas informados es diez veces mayor porque estamos preguntándoles de forma directa. Con los niños en edad preescolar es importante asegurarse de que se hace el monitoreo y se registran los datos de cualquier efecto secundario. Pensamos que al triturar las tabletas es posible evitar problemas serios. Las compañías han reportado problemas con la formulación líquida, así que la idea es triturar las tabletas y administrar el medicamento en esta forma de polvo (por ejemplo, mezclado en la comida).

Pregunta 8: ¿Existe evidencia de que los huevos de los parásitos presentes en las heces humanas no sean ya fértiles por fuera del organismo? Si no hay letrinas, y todos los niños son tratados a la

misma vez, ¿estamos aumentando la transmisión posterior al tratamiento a través de la expulsión masiva de parásitos? ¿Son viables los huevos de las hembras una vez éstas mueren y sus cuerpos se descomponen?

Respuesta 8: El fármaco mata las lombrices, pero no tiene efecto sobre los huevos. Un estudio de 1995 hizo seguimiento al efecto del ALB sobre los huevos de parásitos. Encontró que 95% del ALB era retenido en los intestinos durante 21 días. Por consiguiente, aunque el ALB ataca el parásito y afecta la reproducción de las hembras, no tiene efectos sobre los huevos expulsados. Las hembras adultas de parásitos alojadas en los intestinos de personas infectadas son la fuente de la contaminación fecal del ambiente. Por consiguiente, es importante educar a los niños en el uso de letrinas cuando es posible, de manera que no haya muchos huevos en el suelo. Una vez que las hembras adultas mueren, la producción de huevos cesa.

Comentario 9: USAID no pudo asistir al taller, pero quería contarles la forma en que están involucrados en los esfuerzos de desparasitación. USAID trabaja en dos componentes en el área de salud:

1) La Oficina de Salud Global de USAID, ubicada en Washington, DC, maneja los fondos y la implementación de programas de la Iniciativa Presidencial Bush/Obama de Salud Global, la cual incluye las ETD. Tienen programas y actividades en África, Asia y ALC (de manera limitada). USAID ha escogido a un grupo de cerca de 40 países donde invierten fondos en el control de enfermedades tropicales desatendidas, principalmente en el África subsahariana, así como en parte de Asia, y en Haití. Recientemente, la Iniciativa de Salud Global de la administración Obama añadió a Guatemala a la lista de países elegibles para recibir fondos destinados al control de enfermedades tropicales desatendidas. No sé si la desparasitación y el control de HTS es parte del plan de trabajo para Guatemala, pero lo averiguaré y lo informaré al enlace focal de OPS en ese país. Con esta Iniciativa manejada por USAID, Haití y Guatemala pueden acceder a fondos para los programas de control de enfermedades tropicales.

2) La Oficina de ALC de USAID es un grupo separado conformado por el personal de sus oficinas de país en ALC y opera independientemente de los programas de salud. Las oficinas de USAID, llamadas misiones, tienen capacidad y autoridad para trabajar con los gobiernos nacionales en cada país, así que por este medio se podría acceder a fondos de las misiones de USAID locales. Esto requiere negociación política y un proceso de planeación. Sin embargo, la mala noticia es que debido a la crisis presupuestal, las misiones de USAID en algunos países serán cerradas.

Comentario 9 (cont.): En la experiencia de la OMS, USAID también financia planes de actividades integradas, así que lo harían si se integran todas las ETD en un solo paquete y brindarían apoyo para complementar el plan. La preparación del plan de acción es un proceso largo porque todos los ministerios deben ser consultados y coordinados para respaldar el plan, y debe establecerse un comité coordinador responsable de la implementación de todas las actividades. Además, el plan debe presentarse a USAID completamente finalizado y solicitar la ayuda financiera. Lo hemos hecho en Nepal y tenemos otros países en la lista de espera, pero no lo estamos haciendo en ALC por el momento.

Comentario 9 (cont.): USAID apoya proyectos de agua y saneamiento en países en los que tal vez no brinda apoyo al control de ETD, así que ésta es una forma de recolectar más información

y llamar la atención de la comunidad dedicada a la salud pública.

Comentario 9 (cont.): El BID está creando un fondo fiduciario para el control y eliminación de las ETD orientado a dar ayuda financiera y técnica a los países miembros; cualquiera podrá solicitarla una vez se establezca. Este fondo fiduciario es parte de la alianza con OPS y la GNNTD.

Sesión 8: Conclusiones y recomendaciones. Próximos pasos

Moderadores: Steven Ault, Asesor Regional para Parasitología y Enfermedades Desatendidas; Dra. Theresa Gyorkos, Profesora, División de Epidemiología Clínica, Centro de Salud de la Universidad de McGill; Dr. Antonio Montresor, Departamento de Control de ETD, OMS

Este es el momento de comenzar a prestar atención al tercer grupo de alto riesgo para HTS, los niños en edad preescolar. Estamos en la cúspide de nuevos esfuerzos para establecer iniciativas de gran escala para la desparasitación en la región. El cronograma del 2015 para los ODM nos abre una puerta; lo que podamos hacer a través de la desparasitación de ahora hasta entonces, ¿nos ayudará a lograr los ODM?

Hemos aprovechado este taller para lograr una serie de objetivos, entre ellos los siguientes.

1. Elevar el perfil de la desparasitación en niños en edad preescolar
2. Compartir lecciones aprendidas
3. Aprender de los programas de desparasitación de Honduras y Nicaragua, de cómo se desarrollaron y porqué han sido exitosos
4. Estimularnos para las tareas de abogacía en pro de la desparasitación en niños en edad preescolar en nuestros ámbitos de trabajo
5. Consolidar nuestras experiencias en un solo documento

Con base en nuestras experiencias y en los desafíos y prioridades que identificamos en el taller, los participantes hemos acordado las siguientes 15 recomendaciones para las actividades futuras que deben emprenderse para promover la agenda de desparasitación en niños en edad preescolar en América Latina y el Caribe.

1. Alentar el compromiso político a todos los niveles para adelantar las actividades de desparasitación en niños en edad preescolar.
2. Promover la integración de la desparasitación en los programas de salud pública existentes y en las plataformas intersectoriales con el fin de optimizar la cobertura.
3. Desarrollar y promover planes nacionales de acción para la desparasitación en el contexto de las ETD.
4. Promover la coordinación y las alianzas intersectoriales para optimizar la eficiencia y sostenibilidad de los programas de desparasitación.

5. Abogar por el establecimiento de programas de desparasitación orientados a los niños en edad preescolar ante una amplia gama de audiencias, incluidos los ministerios de salud y educación, los profesionales de la salud, los nutricionistas, los donantes, los economistas y los especialistas en agua y saneamiento.
6. Fortalecer la capacidad nacional y subnacional para ampliar las actividades de desparasitación a niños en edad preescolar.
7. Promover la participación de las comunidades y la movilización social en torno a las actividades de desparasitación desde la etapa de planeación hasta las de implementación y evaluación.
8. Promover la innovación en las estrategias de comunicación, las herramientas diagnósticas, las formulaciones de medicamentos y otros instrumentos de apoyo a las actividades de desparasitación.
9. Desarrollar, armonizar y divulgar los lineamientos para la planeación, implementación, monitoreo y evaluación de los programas de desparasitación enfocados a la población en edad preescolar entre las agencias de Naciones Unidas y otras organizaciones.
10. Identificar y llenar los vacíos de investigación relativos a salud, nutrición e impacto en el desarrollo de las intervenciones de desparasitación en niños en edad preescolar, incluida la articulación con la agenda de investigación sobre enfermedades tropicales (IET), y la incorporación de otras áreas de interés como la de costo efectividad.
11. Desarrollar e implementar sistemas de notificación exactos y confiables para las actividades de desparasitación en niños en edad preescolar.
12. Planear estrategias óptimas de prestación de los servicios de desparasitación que respondan a las condiciones locales
13. Ampliar las actividades de desparasitación para niños en edad preescolar en el contexto del nuevo plan decenal de la OPS por una *Salud infantil integral*.
14. Incentivar la colaboración y el diálogo sur-sur en los frentes político y técnico, incluido el intercambio de experiencias y lecciones aprendidas.
15. Investigar la viabilidad de establecer una meta global o regional de cobertura para niños en edad preescolar.

Próximos pasos

Proponemos cuatro aspectos como próximos pasos de la discusión, aunque son bienvenidos otros.

1. Planear un taller de seguimiento posterior a éste. Deberá llevarse a cabo en un par de años y servir de oportunidad para informar sobre los avances susceptibles de medición obtenidos durante dicho periodo con base en nuestra colaboración y trabajo mutuos.
2. Producir un informe de la reunión y hacer circular el borrador para recoger comentarios, especialmente a la sección de recomendaciones.
3. Explorar oportunidades para divulgar el informe de la reunión, tal vez a través de un artículo breve en una revista de acceso abierto que resuma los puntos claves, o de un artículo en otro tipo de publicación que llame la atención sobre las opiniones y recomendaciones expresadas en esta reunión.

4. Crear una red en Internet sobre desparasitación en niños en edad preescolar a través de un portal u otro mecanismo, de manera que podamos seguir comunicándonos. ¿Quién podría ser el anfitrión?
5. Crear una red sub-regional para discutir cuestiones transfronterizas e intereses comunes relevantes para las HTS y las ETD.

Discusión sobre la colaboración entre agencias y países

Son muchas las áreas que se beneficiarían: colaboración sur-sur, abogacía y movilización de recursos, operaciones, investigación operativa, asistencia técnica, planeación, desarrollo de políticas, cooperación internacional que involucre a actores como los CDC, la OMS, la OPS, el PMA, las ONG, entre otros.

¿Qué puede ofrecer cada agencia?

- Podríamos abrir espacio a la desparasitación en niños en edad preescolar en iniciativas regionales como las reuniones sobre ETD.
- En lugar de documentar nuestras actividades a nivel nacional, podríamos hacerlo a nivel sub-regional (es decir, para Centroamérica en lugar de sólo para Honduras); la iniciativa mesoamericana es otra oportunidad de colaboración.
- La OPS puede facilitar la colaboración entre países o sub-regiones.
- Las brigadas médicas de Cuba son otra forma de colaboración entre países; deberíamos invitar a otros países que no pudieron asistir a este taller a participar.
- Los centros de investigación de las universidades de McGill y de Brock pueden ayudar a desarrollar proyectos y solicitudes conjuntas de donación; estamos dispuestos a cooperar en investigación en cualquier momento. También sería posible gestionar asistencia técnica en todas las etapas de las actividades de desparasitación (planeación, implementación, monitoreo y evaluación, y otras evaluaciones de impacto).
- La GNNTD puede colaborar en los esfuerzos de comunicación y abogacía a través de blogs, participando en foros internacionales, visibilizando el tema en Capitol Hill y en eventos regionales sobre ETD, y en alianza con la OPS y el BID.
- Los CDC pueden contribuir con su experticia en el diseño y análisis de la investigación técnica, así como en los aspectos técnicos del M&E. También podemos brindar nuestros servicios como laboratorio de referencia si se necesita. Los CDC están dispuestos a colaborar con asistencia técnica, aportando comentarios telefónicamente o por correo electrónico y si se cuenta con los fondos, los CDC pueden realizar visitas en terreno.
- Hay muchas oportunidades para el trabajo conjunto del PMA y la OPS a través del programa de alimentación para escolares y preescolares. El PMA va a preparar talleres de línea de base para medir el éxito de los programas de alimentación escolar, lo que brindará la oportunidad a los ministerios de salud, educación y agricultura para discutir los resultados e iniciativas. El PMA va a incorporar a la OPS como organismo colaborador cuando se realice el trabajo de campo.
- El PMA tiene una vasta experiencia y puede ayudar a desarrollar los estándares para mostrar a los gobiernos cómo se implementan los programas escolares y transmitirles la importancia de contar con recursos sostenibles, de establecer alianzas con las

comunidades, las escuelas, los centros de salud y las clínicas para llegar a los niños; también podemos facilitar el proceso de colaboración sur-sur.

- Las ONG pueden brindar asistencia técnica y apoyo en el manejo de la cadena de suministros, así como ayuda a nivel nacional. Cada ONG tiene sus propias fortalezas, algunas, por ejemplo, saben cómo presentar las solicitudes de acuerdo con los requisitos de USAID. El fuerte de otras es el diseño de planes de implementación, y otras toman los programas verticales iniciados por los gobiernos y los hacen integrar a los planes de ETD; otra de sus fortalezas puede ser la coordinación de instancias encargadas de enfermedades diferentes. Esto es lo que ha dado resultados en África: un enfoque integral que ayuda a los países a tener acceso a los fondos.
- La OPS, el PMA y los MdeS regionales pueden discutir el establecimiento de una meta regional para la desparasitación en niños en edad preescolar y, posteriormente, podemos solicitar a la OMS que trate de convencer a Naciones Unidas para que incluya a los niños en edad preescolar en su meta global.

ANEXO 1

TALLER SOBRE LA INTEGRACIÓN DE LA DESPARASITACIÓN EN LOS PAQUETES DE ATENCIÓN EN SALUD PARA NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR EN LAS AMÉRICAS

AGENDA

Lugar: Sede principal de la OPS, 525 23rd Street NW, Washington DC 20037

Sala de reuniones C

Fecha: marzo 24-25, 2011

DÍA 1: JUEVES, MARZO 24, 2011

08:00 - 08:10	Bienvenida	J Andrus
08:10 - 08:30	Presentaciones	Todos los participantes
08:30 - 08:45	Comentarios de apertura	TW Gyorkos, S Ault

Conferencia central

08:45 - 09:15 Oportunidades para el mejoramiento de la desparasitación en las Américas
N Mistry

Sesión 1: Epidemiología y carga global de la infección y de la enfermedad por HTS en las Américas
(Moderadora: M Saboyá)

09:15 – 09:30	Epidemiología y carga en niños en edad escolar	TW Gyorkos
09:30 – 09:45	Epidemiología y carga en niños en edad preescolar	SA Joseph
09:45 – 10:15	Las HTS en ALC; actualización de mapas	S Ault, M Saboyá, S Nicholls

10:15 – 10:30 *Receso saludable (lobby de la planta principal)*

Sesión 2: Políticas y planeación de la desparasitación
(Moderador: K Palacio)

10:30 – 10:45	Desnutrición y desparasitación	K Stoever
10:45 – 11:15	Selección de los medicamentos para la desparasitación y precauciones de seguridad	A Montresor (en representación de M Albonico)
11:15 – 11:45	Integración con los programas de vacunación y complementos nutricionales	A Montresor
11:45 – 12:00	Sesión de preguntas y respuestas	Todos los participantes

2:00 – 13:00 *ALMUERZO (lobby de la planta principal)*

Sesión 3: Programas activos para el control de helmintos en las Américas (Moderador: A Montresor)

13:00 – 13:30	Lecciones aprendidas en Nicaragua	L Davila
13:30 – 14:00	Lecciones aprendidas en Honduras	C Zúñiga
14:00 – 14:30	Lecciones de Save the Children	S Lee
14:30 – 15:00	Lecciones de Operación Bendición Internacional	A Cruciano

15:00 – 15:30 Receso saludable (lobby de la planta principal)

Sesión 4: Desafíos de los programas de control (Moderador: S Ault)

15:30–17:00 Discusión en grupo sobre lecciones aprendidas y desafíos Todos los participantes

DÍA 2: VIERNES, MARZO 25, 2011

Sesión 5: Enfoques para la desparasitación en niños en edad preescolar (Moderador: S Nicholls)

09:00 –10:30 Continuación de la discusión en grupo del Día 1: Beneficios de los diferentes enfoques basados en el hogar, basados en la escuela, basados en los centros de salud y de otros empleados en los programas de desparasitación enfocados en población en edad preescolar

10:30 – 10:45 Receso saludable (lobby de la planta principal)

Sesión 6: Monitoreo, evaluación e investigación en los programas (Moderador: TW Gyorkos)

10:45 – 11:15	Medición de avances e impacto	A Montresor
11:15 – 12:15	Temas de investigación en discusión: Video sobre técnica Kato-Katz Evaluación de programas de desparasitación Momentos de aplicación y frecuencia de la desparasitación en niños menores de dos años Los temas de género y participación comunitaria	TW Gyorkos TW Gyorkos SA Joseph A Sánchez
12:15 – 12:30	Sesión de preguntas y respuestas	Todos los participantes

12:30 – 13:30 ALMUERZO (lobby de la planta principal)

Sesión 7: Consideraciones especiales para los programas de control en niños en edad preescolar: la perspectiva de los actores y donantes a nivel global (Moderador: J Colston)

13:30 – 13:45	Perspectiva de USAID	M Van Dyke (no pudo asistir)
13:45 – 14:00	Perspectiva del Programa Mundial de Alimentos	J Castillo
14:00 – 14:15	Perspectiva de UNICEF	A Montresor
14:15 – 14:25	Perspectiva de los CDC	M Deming
14:25 – 15:00	Sesión de preguntas y respuestas	Todos los participantes

15:00 – 15:30 Receso saludable (lobby de la planta principal)

Sesión 8: Próximos pasos
(Moderadores: S Ault, A Montresor, TW Gyorkos)

15:30 –16:00	Discusión	Todos los participantes
16:00 –17:00	Resumen y recomendaciones Próximos pasos	TW Gyorkos, A Montresor, S Ault

ANEXO 2

LISTA DE PARTICIPANTES

Taller sobre la Integración de la desparasitación en los paquetes de atención en salud para niños en edad preescolar en las Américas
Marzo 24-25, 2011

Anfitriones:

<u>Nombre</u>	<u>Afiliación/Datos de contacto</u>
Dr. Jon Andrus	Subdirector Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 525 23 rd Street, NW Washington DC 20037, USA
Sr. Steven Ault	Asesor Regional para Parasitología y Enfermedades Tropicales Desatendidas Proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Área de Vigilancia en Salud, Prevención y Control de Enfermedades Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 525 23 rd Street, NW Washington DC 20037, USA aultstev@paho.org Tel.: (202)974-3896
Dr. Rubén Santiago Nicholls	Parasitología y Enfermedades Tropicales Desatendidas Proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Área de Vigilancia en Salud, Prevención y Control de Enfermedades Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 525 23 rd Street, NW Washington DC 20037, USA nichollr@paho.org Tel.: (202)974-3272
Dra. Theresa Gyorkos	Profesora División de Epidemiología Clínica Centro de Salud de la Universidad de McGill Departamento de Epidemiología, Bioestadística & Salud Ocupacional Universidad de McGill Royal Victoria Hospital – V Building 687 Pine Avenue West, Montreal, Quebec, Canada, H3A 1A1 theresa.gyorkos@mcgill.ca Tel.: (514) 934-1934 x 44721
Dra. Martha Saboyá	Parasitología y Enfermedades Tropicales Desatendidas Proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Área de Vigilancia en Salud, Prevención y Control de Enfermedades Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la

	<p>Organización Mundial de la Salud 525 23rd Street, NW Washington DC 20037, USA saboyama2@paho.org</p>
Sra. Catherine Duarte	<p>Parasitología y Enfermedades Tropicales Desatendidas Proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Área de Vigilancia en Salud, Prevención y Control de Enfermedades Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 525 23rd Street, NW Washington DC 20037, USA duarteca@paho.org</p>

Conferencistas

Dra. Ana Sánchez	<p>Profesora asociada Ciencias de la Salud Aplicadas – Ciencias de la Salud basadas en la Comunidad Universidad de Brock STH 313 500 Glenridge Ave. St. Catharines, Ontario, Canada, L2S 3A1 asanchez@brocku.ca Tel.: (905)688-5550 x 4388</p>
Sra. Angela Cruciano	<p>Gerente, Programas Internacionales de Salud Operación Bendición Internacional 977 Centerville Turnpike, CSB 323 Virginia Beach, VA 23463, USA Angela.Cruciano@ob.org Tel.: (757)226-3425</p>
Dr. Antonio Montresor	<p>Departamento de Control de Enfermedades Tropicales Desatendidas Organización Mundial de la Salud Av. Appia 20, CH-1211 Ginebra 17 Suiza montresora@who.int Tel.: +41 22 7913322</p>
Dr. Concepción Zúñiga Valeriano	<p>Jefe, Programa de Chagas y Programa de Desparasitación Secretaría de Salud, Bo. El Centro, Anexo B, Esquina Opuesta de Farmacia Regis Tegucigalpa concepcionzuniga@gmail.com Tel.: (504) 2237-6944</p>
Dr. José Castillo	<p>Oficial de Programa de los Programas de Alimentación Escolar Programa Mundial de Alimentos PO Box 0819-10751, El Dorado, Panamá. Clayton, Ciudad del Saber, Calle Vicente Bonilla, Edificios 124-125</p>

Corregimiento de Ancon, Panama, Rep. De Panama
jose.castillo@wfp.org
Tel.: 00 (507) 317-3900/3976

Sra. Kari Stoever
Asesora Senior en Abogacía Global
GAIN – Alianza Global para el Mejoramiento de la Nutrición
1776 Massachusetts Avenue, NW, Suite 700
Washington, DC 20036, USA
kstoever@gainhealth.org
Tel.: (202) 559-8508

Dra. Lidia Ofelia Dávila Poveda
Técnica en Monitoreo del Componente de la Niñez
Ministerio de Salud de Nicaragua
Sector Postal: 15AB
Apartado Postal: 107
Managua, Nicaragua
ninez@minsa.gob.ni; taurolidia83@yahoo.com
Tel.: 22894202

Sra. Marci Van Dyke
Oficina de Salud Global, USAID
Enfermedades Tropicales Desatendidas
1300 Pennsylvania Ave NW
Washington, DC 20523, USA
mvandyke@usaid.gov
Tel.: (202)712-5586

Dr. Michael Deming
Capitán, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos
Sección de Enfermedades Parasitarias, División de Enfermedades Parasitarias
Centro para la Salud Global
Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades
4770 Buford Highway, Mailstop F-22
Atlanta, GA 30341-3724
msd1@cdc.gov
Tel.: (770)488-4113

Dr. Neeraj Mistry
Director Ejecutivo
Red Global contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas
Instituto Sabin de Vacunas
2000 Pennsylvania Ave NW, Suite 7100
Washington, DC 20006, USA
Neeraj.Mistry@Sabin.org
Tel.: (202) 842-5025

Sra. Serene Joseph
Candidata a doctorado
Departamento de Epidemiología, Bioestadística & Salud Ocupacional
Universidad de McGill
Royal Victoria Hospital – V Building
687 Pine Avenue West, Montreal, Quebec, Canada, H3A 1A1
sjoseph@epimgh.mcgill.ca

Tel.: (514) 934-1934 x 44841

Asesor/Director Sr.
 Salud y Nutrición Escolar
 Programas de Desarrollo para la Niñez
 Save the Children USA
 2000 L Street, NW; Suite 500;
 Washington, DC 20036, USA
slee@savechildren.org
 Tel.: (202) 640-6632

Participantes:

Sra. Alba María Ropero	Asesor Programa de Inmunización Área de Salud Familiar y Comunitaria Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 525 23 rd Street, NW Washington DC 20037, USA roperoalb@paho.org
Dr. Albis Gabrielli	Parasitología y Enfermedades Tropicales Desatendidas Proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Área de Vigilancia en Salud, Prevención y Control de Enfermedades Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 525 23 rd Street, NW Washington DC 20037, USA gabriellia@paho.org
Dr. Bernhard Liese	Director Facultad de Enfermería y Ciencias de la Salud 221 St Mary's Hall Georgetown University bhl6@georgetown.edu Tel.: (202)784-3128
Sra. Brittany Blouin	Coordinadora de Investigación División de Epidemiología Clínica Centro de Salud de la Universidad de McGill Royal Victoria Hospital – V Building 687 Pine Avenue West, Montreal, Quebec, Canada, H3A 1A1 brittany.blouin@epimgh.mcgill.ca ; Tel.: (514) 934-1934 x 44834
Dr. Carlos Alberto Mendoza Ticona	Médico asistente Instituto Nacional de Salud Especialista en Enfermedades Infecciosas y Tropicales Lima, Perú mendozalberto@hotmail.com
Dra. Chessa Lutter	Asesora Regional Salud y Nutrición

	<p>Área de Salud Familiar y Comunitaria Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 525 23rd Street, NW Washington DC 20037, USA lutterch@paho.org</p>
Sr. Christopher J Drasbek	<p>Asesor Manejo Integral de Enfermedades de la Infancia Área de Salud Familiar y Comunitaria Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 525 23rd Street, NW Washington DC 20037, USA drasbekc@paho.org</p>
Sra. Dionne Patz	<p>Coordinadora de proyectos Proyecto CIDA Canadá sobre enfermedades transmisibles prioritarias Área de Vigilancia en Salud y Prevención y Control de Enfermedades Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 525 23rd Street, NW Washington DC 20037, USA patzdion@paho.org</p>
Sra. Elena Vuolo	<p>Investigador asociado División de Protección Social y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo 1300 New York Ave., NW, Washington, DC 20577, USA evuolo@iadb.org Tel.: (202) 677-15 99</p>
Sr. Eric Swedberd	<p>Director Sr. para Supervivencia de la Infancia Save the Children 2000 L Street, NW; Suite 500 Washington, DC 20036, USA</p>
Dr. Fidel Angel Nuñez	<p>Profesor del Departamento de Parasitología Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" CP 11300. Apartado Postal 601 Ciudad de La Habana, Cuba fan@infomed.sld.cu</p>
Sra. Frankie Lucien	<p>Interno Red Global contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2000 Pennsylvania Ave NW Suite 7100 Washington, DC 20006, USA</p>
Dra. Fryda Jovina Sandoval Santos	<p>Coordinadora del Programa Nacional de Salud Integral de la Niñez Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social</p>

	<p>República de Guatemala 5a. Avenida 11-40 Colonia el Progreso, Zona 11 Ciudad de Guatemala, Guatemala fryda_sandoval@hotmail.com Tel.: (502) 5312 8348</p>
Dr. Iñez Tristao	<p>Economista, Protección Social y Salud División de Protección Social y Salud Banco Interamericano de Desarrollo 1300 New York Ave., NW Washington, DC 20577 USA Email: ignezt@iadb.org Tel.: (202) 623-1647</p>
Sr. Josh Colston	<p>Investigador asociado en salud pública División de Protección Social y Salud Banco Interamericano de Desarrollo 1300 New York Ave., NW, Washington, DC 20577, USA joshc@iadb.org Tel.: (202) 623-2497</p>
Sra. Karen Palacio	<p>Oficial Senior de Programa Red Global contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas Instituto Sabin de Vacunas 2000 Pennsylvania Ave NW, Suite 7100 Washington, DC 20006, USA Karen.Palacio@sabin.org Tel.: (202)-683-1882</p>
Sra. Layla Mofid	<p>Candidata a doctorado Universidad de McGill Departamento de Epidemiología, Bioestadística y Salud Ocupacional Purvis Hall 1020 Pine Avenue West Montreal, Quebec, Canada, H3A 1A2 layla.mofid@mail.mcgill.ca</p>
Dra. Maritza Canales	<p>Coordinadora de Carrera de la Maestría en Enfermedades Infecciosas y Zoonóticas, Escuela de Microbiología Universidad Nacional Autónoma de Honduras Blv. Suyapa, Ciudad Universitaria FM Tegucigalpa, Honduras marygchn@yahoo.com Tel.: (504) 2252 8089</p>
Sr. Mathieu Maheu-Giroux	<p>Candidato a doctorado Universidad de Harvard Departamento de Salud Global y Población 677 Huntington Avenue Boston, MA 02115</p>

mathieu.maheu-giroux@mail.mcgill.ca

Dra. Sarla Chand

Vicepresidenta de Programas
Salud Mundial IMA
500 Main Street, P.O. Box 429
New Windsor, MD 21776, USA
SarlaChand@imaworldhealth.org
Tel.: (410)635-8720

Informe redactado y editado por Katherine Sánchez
Consultora en Comunicaciones para la Atención en Salud y la Nutrición
4D Ascension Counseling & Consulting
Centreville, VA, USA
kathymcsan@gmail.com
(703) 322-0912