

Control y eliminación de cinco enfermedades desatendidas en América Latina y el Caribe, 2010 - 2015

Análisis de avances, prioridades y líneas de acción para filariasis linfática, esquistosomiasis, oncocercosis, tracoma y helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Organización Panamericana de la Salud
Proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles

“Control y eliminación de cinco enfermedades desatendidas en América Latina y el Caribe, 2010 – 2015. Análisis de avances, prioridades y líneas de acción para filariasis linfática, esquistosomiasis, oncocercosis, tracoma y helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo”. Washington, D.C.: OPS © 2010

1. Enfermedades infecciosas desatendidas en América Latina y el Caribe
2. Aproximación a las acciones intersectoriales e interprogramáticas para el control y eliminación de las EIDs en América Latina y el Caribe
3. Panorama, necesidades y oportunidades para el control y eliminación de las EIDs
4. Acciones estratégicas 2010-2015 para el apoyo de la OPS a los Estados Miembros en el control y eliminación de las EIDs en América Latina y el Caribe

Todos los derechos reservados. Este documento puede ser examinado, resumido, citado, reproducido o traducido parcial o totalmente y sin costo, siempre que se reconozca la autoría de la Organización Panamericana de la Salud. No podrá venderse o utilizarse con fines comerciales. La versión electrónica del documento puede descargarse en: www.paho.org.

Las ideas presentadas en este documento son de responsabilidad exclusiva de sus autores.

Para mayor información sobre esta publicación u otras producidas por el Grupo de Enfermedades Parasitarias Desatendidas, Proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles, HSD/CD, dirigirse a:

Neglected and Parasitic Diseases
Pan American Health Organization
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, DC 20037-2895
www.paho.org.

Citación recomendada: Ault, SK, Saboyá, MI, Nicholls, RS, Requejo, RH. Control y eliminación de cinco enfermedades desatendidas en América Latina y el Caribe, 2010 - 2015. Análisis de avances, prioridades y líneas de acción para filariasis linfática, esquistosomiasis, oncocercosis, tracoma y helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo. Organización Panamericana de la Salud: Washington D.C., 2010.

Resumen ejecutivo

En el marco de la Resolución CD49.R19, en la cual se expresa el compromiso de los Estados Miembros de la OPS de lograr la eliminación o reducción de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas (EID) a niveles que permitan dejar de considerarlas problemas de salud pública como meta al 2015, se presenta aquí un análisis cualitativo de las brechas y necesidades de cooperación técnica para avanzar hacia las metas de eliminación de la oncocercosis, la esquistosomiasis, el tracoma, la filarisis linfática (FL) y las helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo (geohelmintiasis) en 33 países de América Latina y el Caribe (ALC).

Como resultado de dicho análisis, los países fueron clasificados y priorizados en cuatro grupos:

Grupo 1: Este grupo concentra la mayoría de la población en riesgo para las principales EIDs. Estos países tienen 66,8 y 67,4% de los niños en edad preescolar y niños en edad escolar en riesgo de sufrir infecciones por geohelminos en ALC. Cuatro de los países tienen focos de oncocercosis con 421.000 personas en riesgo. Tres de ellos tienen focos de esquistosomiasis con cerca de 25 millones de personas en riesgo. Tres de los países tienen focos de tracoma con 50 millones de personas en riesgo, y cuatro tienen focos de filarisis linfática con más de 9 millones de personas en riesgo. Este grupo incluye a los países que están trabajando por eliminar la oncocercosis, la FL y el tracoma, uno de los cuales tiene la posibilidad de eliminar la esquistosomiasis, en tanto que Surinam está esperando la validación de la eliminación de la filarisis linfática. Este grupo requiere cooperación técnica para desarrollar e implementar planes integrales interprogramáticos e intersectoriales para combatir las EIDs, incluidas las geohelmintiasis.

Grupo 2: Este grupo concentra 26,8 y 26,1% de los niños en edad preescolar y en edad escolar en riesgo de sufrir infección por geohelminos en ALC. Dos de los países tienen focos de oncocercosis con 115.070 personas en riesgo. Uno de ellos tiene focos de esquistosomiasis. No hay evidencia de la presencia de filarisis linfática en este grupo. En el 2010 se publicó un artículo que muestra evidencia clínica de tracoma en una comunidad indígena de Colombia (casos encontrados en el 2007). Este grupo incluye países en vías de eliminar la oncocercosis y enfocando esfuerzos en esquistosomiasis. Estos países necesitan cooperación técnica para mejorar la coordinación interprogramática e intersectorial e incluir las geohelmintiasis en las acciones integrales contra las EIDs.

Grupo 3: Este grupo tiene 5,4% de los niños en edad preescolar y en edad escolar en riesgo de sufrir infecciones por geohelminintos en ALC. No hay evidencia sobre la presencia de oncocercosis, esquistosomiasis, tracoma ni filariasis linfática. Estos países requieren cooperación técnica para enfocar sus actividades contra las EIDs a nivel local y en áreas rurales con énfasis en las geohelmintiasis.

Grupo 4: Este grupo tiene 1,03 y 1,09% de los niños en edad preescolar y en edad escolar en riesgo de sufrir infecciones por geohelmintiasis en ALC. No hay evidencia sobre la presencia de oncocercosis, esquistosomiasis, tracoma ni filariasis linfática. Estos países necesitan cooperación técnica para la monitorización y la evaluación. Costa Rica y Trinidad y Tobago están a la espera de la validación de la eliminación de la filariasis linfática.

El propósito de la anterior clasificación es definir la naturaleza de la cooperación técnica que cada grupo requiere para orientar sus recursos. Es importante anotar que si se centran las acciones en los Grupos 1 y 2, se podría llegar a los siguientes grupos de población:

- 84,5 millones de personas en riesgo frente a cuatro enfermedades, es decir, la oncocercosis, la esquistosomiasis, la filariasis linfática y el tracoma, y
- 94% (12.088.816) de los niños en edad preescolar y 93,5% (29.927.933) de los niños en edad escolar en riesgo de sufrir infecciones por geohelminintos en ALC podrían ser cubiertos con actividades de desparasitación (cuadro 3).

El **Grupo 1** incluye a Bolivia, Brasil, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, México, Perú, Santa Lucía y Surinam (Cuadro 1) y tiene las siguientes características: 1) son los países con la mayoría de los focos de esquistosomiasis, oncocercosis, tracoma o filariasis linfática en ALC; 2) como grupo poseen la mejor información de coberturas de desparasitación; 3) en su conjunto concentran 66,8 y 67,4% del total de niños en edad preescolar y en edad escolar en riesgo de sufrir infecciones por geohelminintos en ALC; 4) la desparasitación se realiza fundamentalmente entre niños en edad escolar; 82% de estos países han informado datos entre el 2005 y el 2009 sobre coberturas de desparasitación; 4) desde el 2005, las organizaciones no gubernamentales (ONG), las organizaciones basadas en la fe (OBF) y otros colaboradores desarrollaron cerca de 16,8% de las actividades de desparasitación en ambos grupos de edad (preescolares y escolares).

Cuadro 1. Enfermedades, focos, población en riesgo y cobertura de tratamientos en los países del Grupo 1.

Enfermedades en países del Grupo 1	Focos	Población en riesgo	Cobertura de tratamiento
Oncocercosis	Este grupo concentra 9 de los 13 focos de oncocercosis en ALC: Brasil (1), Ecuador (1), Guatemala (4) y México (3)	421.000 personas	Segunda Ronda 2009 Brasil: 89%; Guatemala: 93%; México: 93%, y Ecuador: 96%
	Transmisión interrumpida en 6 focos: México (2), Guatemala (3), Ecuador (1)		
Filariasis linfática	En este grupo se concentran todos los focos de filariasis linfática en ALC: Brasil, República Dominicana, Haití y Guyana. Surinam está a la espera de la validación de eliminación.	Más de 9 millones de personas	Tratamiento masivo en 2009 Haití: 3 millones de personas tratadas; Brasil: 177.000; Guyana: 129.189; República Dominicana no ha llevado a cabo tratamiento masivo para FL desde el 2007
Esquistosomiasis	Focos en 3 países: Brasil, Surinam y Santa Lucía. Sospecha de transmisión en República Dominicana	Cerca de 25 millones de personas en riesgo	Cobertura de tratamientos Brasil: tratamiento en 83% de los casos detectados; en 21 casos se aplicó tratamiento durante el 2009 en Surinam.
Tracoma	Focos en Brasil, Guatemala y México	50 millones de personas viven en zonas en riesgo	No hay datos disponibles

El **Grupo 2** incluye a Belice, Colombia, El Salvador, Honduras, Panamá y Venezuela (cuadro 2). Las características principales del grupo son las siguientes: 1) sólo Colombia y Venezuela tienen focos de oncocercosis y la transmisión de esquistosomiasis sólo se presenta en Venezuela; 2) estos países cuentan con información importante sobre cobertura de programas de desparasitación para geohelminths; 3) en su conjunto, estos países tienen 26,8 y 26,1% del total de niños en edad preescolar y escolar en riesgo de

sufrir infecciones por geohelminfos en ALC; 3) la desparasitación se hace fundamentalmente en niños en edad escolar; 4) desde el 2005, las ONG, OBF y otros colaboradores han sido los responsables de la mitad de las actividades de desparasitación (52,7%). El grupo se beneficiaría con la cooperación técnica para mejorar la coordinación interprogramática e intersectorial, lo que incluye la integración de actividades de desparasitación dentro de las acciones integrales contra las EID.

La diferencia entre los grupos 1 y 2 se da en el número de focos de oncocercosis, esquistosomiasis, tracoma y filariasis linfática y en el gran número y la alta concentración de niños en edad preescolar y en edad escolar en riesgo de sufrir infecciones por geohelminfos. El Grupo 1 tiene focos de todas las cuatro enfermedades, en tanto que el Grupo 2 sólo los tiene de oncocercosis y esquistosomiasis. Además, el Grupo 1 tiene un promedio de 66% de niños en edad preescolar y en edad escolar en riesgo de sufrir infecciones por geohelminfos y el Grupo 2 tiene 26%. En los dos grupos hay países con enfermedades desatendidas objeto de eliminación.

Cuadro 2. Enfermedades, focos, población en riesgo y cobertura de tratamientos en los países del Grupo 2.

Enfermedades en el Grupo 2	Focos	Población en riesgo	Cobertura de tratamientos
Oncocercosis	Este grupo tiene los otros 4 focos de oncocercosis del total de 13 detectados en ALC: Colombia (1) y Venezuela (3)	115.070 personas en riesgo	Segunda Ronda 2009 Foco del sur de Venezuela: 85%; foco del nororiente: 95%; foco norte – centro: 99%. El foco de Colombia está en la fase de vigilancia postratamiento.
	La transmisión ha sido interrumpida en el foco de Colombia		
Esquistosomiasis	Focos en Venezuela	No hay datos disponibles	No hay datos disponibles

El **Grupo 3** incluye a Nicaragua, Argentina y Paraguay, países que requieren de la cooperación técnica para orientar actividades de control de EID a nivel local y en áreas rurales. Estos países tienen 5,4% de los niños en edad preescolar y en edad escolar en riesgo de sufrir geohelminfiasis y no presentan focos de esquistosomiasis, oncocercosis, tracoma ni filariasis linfática. Sin embargo, en la región de El Chaco, que incluye áreas vecinas de Argentina, Paraguay y Bolivia (país éste que pertenece al Grupo 1), debe completarse el mapeo y estructurar un plan de acción integral de control de las EID.

El **Grupo 4** incluye a Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Granada, Jamaica, Trinidad y Tobago, Uruguay, Saint Kitts y Nevis y San

Vicente y Las Granadinas. Estos países requieren de la cooperación técnica para las actividades de monitoreo y evaluación dirigidas a avanzar en el control de las geohelmintiasis. No presentan transmisión activa de ninguna de las otras cuatro enfermedades.

La mayoría de estos países no tienen resultados actualizados de las encuestas nacionales sobre la prevalencia y la intensidad de las infecciones por geohelminetos. Los grupos 1 y 2 presentan las mayores brechas en cuanto a cobertura sanitaria, pero tienen grandes oportunidades de coordinación de acciones intersectoriales e interprogramáticas para el control integral de las EID en el marco de sus sistemas de atención primaria en salud, así como en la orientación de acciones hacia los determinantes sociales de la salud.

Cuadro 3. Población en edad preescolar y en edad escolar en riesgo por helmintos transmitidos por el contacto con el suelo en ALC, 2009.

Grupo de países	Población en edad preescolar en riesgo de infecciones por geohelminetos		Población en edad escolar en riesgo de infecciones por geohelminetos	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
1	8.630.605	66,8%	21.569.079	67,4%
2	3.458.211	26,8%	8.358.854	26,1%
3	697.895	5,4%	1.727.941	5,4%
4	130.844	1,01%	349.341	1,09%
TOTAL	12.917.455	100%	32.005.215	100%

Además, existe la oportunidad de centrar acciones en la región de El Chaco (Grupo 3), la cual es compartida por tres países donde las necesidades convergen en poblaciones con altas tasas de pobreza, barreras de acceso a los servicios de salud, baja cobertura de servicios de saneamiento mejorados y de agua potable, lo cual la convierte en una región de interés para la implementación de estrategias locales. La experiencia de Nicaragua, donde las actividades de desparasitación se han ligado al programa ampliado de inmunización, constituye una oportunidad para compartir lecciones aprendidas con otros países de Centro y Sur América encaminadas a lograr avances en las acciones interprogramáticas.

Aunque los países del Grupo 4 no presentan brechas significativas en cuanto a la cobertura de servicios de saneamiento y no tienen focos de oncocercosis, esquistosomiasis, tracoma ni filariasis linfática, es necesario promover en ellos el monitoreo y la evaluación de la prevalencia de las geohelmintiasis y de las actividades de desparasitación. Debe asegurarse, así mismo, la validación de la eliminación de la filariasis linfática en Costa Rica y Trinidad y Tobago.

En el contexto de los principales retos de ALC para alcanzar las metas de control y eliminación de las EIDs, son necesarias las siguientes acciones.

- Avanzar en planes integrales de eliminación y control de las EIDs
- Avanzar en el mapeo y re-mapeo a primer y segundo nivel subnacional en países seleccionados: recursos técnicos y financieros
- Monitorizar y evaluar las metas regionales
- Integrar o articular acciones interprogramáticas e intersectoriales donde sea factible: AIEPI, PAI, agua y saneamiento, programas de vivienda, escuelas saludables, entre otros.
- Realizar abogacía en los ministerios de salud, educación y otros para la focalización en los determinantes sociales, así como en el control y la eliminación de las EIDs
- Mantener y fortalecer las alianzas: Fondo Fiduciario de ALC, iniciativas nacionales y regionales
- Movilizar recursos financieros para el control o la eliminación de las EID en ALC enfrentando el reto de una mayor carga de enfermedad en África
- Establecer procesos sistemáticos de generación de conocimiento con el fin de compartir evidencia y lecciones aprendidas
- Desarrollar procesos e instrumentos para la validación/certificación de la eliminación de las EID a ser aplicados en ALC.

Los recursos financieros requeridos en el periodo 2010-2015 para impulsar la agenda relativa a las EID en ALC se centran en:

- 1) Abogacía y movilización de recursos;
- 2) Formulación de planes integrales a nivel nacional y subnacional, incluida la investigación operativa
- 3) Mapeo y re-mapeo (incluida la elaboración de nuevas líneas de base o estudios de seguimiento de la carga de enfermedades parasitarias), y
- 4) Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica e información;

Se estima que para promover la agenda relativa a las EID a nivel nacional y subnacional en el periodo 2010-2015 (solo en lo referente a abogacía y recursos semilla) para lograr las metas establecidas en la Resolución CD49.R19, se requiere una asignación de 7,55 millones de dólares (cuadro 4). Esta cifra no incluye los costos de implementación de acciones en cada país.

Cuadro 4. Plan Estratégico para impulsar la lucha contra las EID en ALC: costos para promover el logro de las metas, 2010-2015

	Línea de acción	Primer año	Segundo año	Tercer año	Cuarto año	Quinto año	Total por línea
1	Abogacía y movilización de recursos	\$315.000	\$225.000	\$315.000	\$255.000	\$375.000	\$1.445.000
2	Planes de acción integrados a nivel nacional y subnacional	\$875.500	\$925.000	\$875.000	\$655.000	\$715.000	\$4.022.500
3	Mapeo y remapeo (incluyendo nuevas líneas de base o estudios de seguimiento para carga de enfermedad y parasitológicos)	\$335.000	\$345.000	\$375.000	\$175.000	\$25.000	\$1.255.000
4	Fortalecimiento de los sistemas de información y de vigilancia	\$50.000	\$300.000	\$160.000	\$160.000	\$165.000	\$835.000
	TOTAL	\$1.557.500	\$1.795.000	\$1.725.000	\$1.205.000	\$1.275.000	\$7.557.500

Control y eliminación de cinco enfermedades desatendidas en América Latina y el Caribe 2010 – 2015: análisis de avances, prioridades y líneas de acción para la filariasis linfática, la esquistosomiasis, la oncocercosis, el tracoma y las helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo

Introducción

Este documento presenta un análisis de las principales necesidades y prioridades para el control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas (EID) en países de América Latina y el Caribe (ALC) en el contexto de la contribución de la OPS al logro de las metas establecidas en la Resolución CD49.R19 referentes a la eliminación de enfermedades desatendidas y otras infecciones asociadas con la pobreza, así como al desarrollo del Fondo Fiduciario Regional para las Enfermedades Infecciosas Desatendidas.

El análisis incluye 33 países, los cuales fueron clasificados en cuatro grupos con base en la información sobre prevalencia de las helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo (geohelmintiasis), la oncocercosis, la filariasis linfática, la esquistosomiasis, el tracoma y las coberturas de desparasitación y administración masiva de medicamentos. Se analizaron igualmente las acciones interprogramáticas que actualmente están en desarrollo y se hizo una revisión de las organizaciones que se sabe están trabajando en acciones de desparasitación. La información se obtuvo de varias fuentes, incluyendo los datos informados por los países a la OPS en su Programa Regional de Enfermedades Desatendidas, del documento de la OPS publicado en el 2009 sobre “Perfiles epidemiológicos de las enfermedades desatendidas y otras infecciones asociadas con la pobreza en América Latina y el Caribe”, de la Estrategia de Cooperación de País¹, de las acciones informadas durante la Semana de Vacunación en las Américas, y de los datos relativos a coberturas de desparasitación aportados por las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las organizaciones basadas en la fe (OBF). Los datos poblacionales se obtuvieron de Naciones Unidas.

El propósito del análisis es ofrecer una ruta de trabajo para el desarrollo de la abogacía, la movilización de recursos y la selección de actividades en los países de acuerdo con sus perfiles, así como para el control y eliminación de las EID en el marco de la Resolución CD49.R19 aprobada por el Consejo Directivo de la OPS el 2 de octubre de 2009.

¹ La Estrategia de Cooperación de País (CCS) refleja la visión a mediano plazo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud para su cooperación con un país y define el marco estratégico del trabajo basado en el logro de resultados. Generalmente, el periodo establecido es de 4 a 6 años. La CCS es el marco de la cooperación de la OPS/OMS concertado con cada país, en el cual se pone de relieve lo que la OPS/OMS hará, cómo lo hará y con quién lo hará. En él se aclaran el papel y las funciones de la OPS/OMS en sus acciones de apoyo al desarrollo nacional en salud.

Contenido

<i>Introducción</i>	10
<i>1. Enfermedades infecciosas desatendidas en América Latina y el Caribe</i>	14
1.1. Contexto	14
1.2. Carga de las enfermedades infecciosas desatendidas en ALC	17
<i>2. Aproximación a las acciones intersectoriales e interprogramáticas de control y eliminación de las EID en ALC</i>	21
2.1. Contexto general de la integración de acciones	21
2.2. La integración de acciones como enfoque en ALC	22
<i>3. Panorama, necesidades y oportunidades del control y eliminación de las EID</i>	27
3.1. Análisis en los países de América Latina y el Caribe	27
3.2. Análisis por grupos de países	30
3.2.1. Países del Grupo 1: países que requieren de la cooperación técnica para desarrollar planes integrales e interprogramáticos de lucha contra las EID	32
3.2.2. Países del Grupo 2: países que requieren de la cooperación técnica para mejorar las acciones interprogramáticas e intersectoriales e incluir las geohelmintiasis en las acciones integrales contra las EID	50
3.2.3. Países del Grupo 3: países que requieren de la cooperación técnica para enfocar sus actividades contra las EID a nivel local y en las áreas rurales	60
3.2.4. Países del Grupo 4: países que requieren de la cooperación técnica para el monitoreo y la evaluación	65
3.3. Acciones apoyadas por la OPS en ALC para el control y eliminación de las EID, 2009-2010	72

Lista de cuadros

<i>Cuadro 1. Indicadores socioeconómicos en ALC</i>	15
<i>Cuadro 2. Clasificación por grupos de los países de ALC para orientar la cooperación técnica hacia el control o eliminación de la oncocercosis, esquistosomiasis, filariasis linfática, tracoma y helmintos transmitidos por el contacto con el suelo.</i>	31
<i>Cuadro 3. Cobertura de saneamiento y población en riesgo en los países del Grupo 1.</i>	32
<i>Cuadro 4. Cobertura de desparasitación en población en edad preescolar y en edad escolar en los países del Grupo 1, 2005-2009</i>	33
<i>Cuadro 5. Colaboradores en las actividades de desparasitación en los países del Grupo 1</i>	35
<i>Cuadro 6. Número total de niños en edad preescolar y en edad escolar tratados y proporción de tratados informada por las ONG, las OBF u otras agencias en los países del Grupo 1, 2005-2009.</i>	37
<i>Cuadro 7. Datos sobre prevalencia y cobertura del tratamiento para esquistosomiasis, oncocercosis, filariasis linfática y tracoma en los países del Grupo 1.</i>	41
<i>Cuadro 8. Necesidades y oportunidades de acción integral para el control y eliminación de las EID en los países del Grupo 1: Brasil, México, Bolivia, Haití, Ecuador, Guatemala, Guyana, Perú, República Dominicana, Surinam y Santa Lucía.</i>	44
<i>Cuadro 9. Cobertura de saneamiento y población en riesgo en los países del Grupo 2.</i>	50
<i>Cuadro 10. Cobertura de desparasitación en población en edad preescolar y en edad escolar 2005-2009 en los países del Grupo 2</i>	51
<i>Cuadro 11. Colaboradores en las actividades de desparasitación en los países del Grupo 2.</i>	52
<i>Cuadro 12. Número total de niños en edad preescolar y en edad escolar tratados, 2005-2009, y proporción de tratados informada por las ONG, la OBF o agencias en los países del Grupo 2.</i>	54
<i>Cuadro 13. Datos sobre prevalencia y cobertura del tratamiento de esquistosomiasis, oncocercosis, filariasis linfática y tracoma en los países del Grupo 2.</i>	56
<i>Cuadro 14. Necesidades y oportunidades de acción integral para el control y eliminación de las EID en los países del Grupo 2: Colombia, El Salvador, Honduras, Belice, Panamá, Venezuela.</i>	57
<i>Cuadro 15. Cobertura de saneamiento y población en riesgo en los países del Grupo 3.</i>	60
<i>Cuadro 16. Cobertura de desparasitación en población en edad preescolar y en edad escolar 2005-2009 en los países del Grupo 3.</i>	61
<i>Cuadro 17. Colaboradores en las actividades de eliminación de helmintos en los países del Grupo 3.</i>	61
<i>Cuadro 18. Número total de niños en edad preescolar y en edad escolar tratados, 2005-2009, y proporción de tratados informada por las ONG, las OBF o agencias en los países del Grupo 3.</i>	63
<i>Cuadro 19. Necesidades y oportunidades de acción integral para el control y eliminación de las EID en los países del Grupo 3: Nicaragua, Argentina y Paraguay.</i>	63
<i>Cuadro 20. Cobertura de saneamiento y población en riesgo en los países del Grupo 4.</i>	65
<i>Cuadro 21. Cobertura de desparasitación en población en edad preescolar y en edad escolar 2005-2009 en los países del Grupo 4.</i>	66
<i>Cuadro 22. Necesidades y oportunidades de acción integral para el control y eliminación de las EID en los países del Grupo 4: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Granada, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y Las Granadinas.</i>	68
<i>Cuadro 23. Principales actividades realizadas y en ejecución por parte de la OPS para el control y eliminación de las EID en ALC, 2009-2010</i>	73
<i>Cuadro 24. Estimación de los recursos requeridos para el plan de EID.</i>	84
<i>Cuadro 25. PLAN ESTRATÉGICO DE EID: costos del apoyo para promover el logro de metas, 2010-2015</i>	85
<i>Cuadro 26. PLAN ESTRATÉGICO DE EID: costos del apoyo para promover el logro de metas, 2010-2015.</i>	86

Lista de figuras

<i>Figura 1. Aproximación a las acciones intersectoriales e interprogramáticas de control y eliminación de EID en ALC.</i>	22
<i>Figura 2. Coberturas de desparasitación en niños en edad preescolar en Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, Haití, México, Perú y República Dominicana, 2005-2009</i>	34
<i>Figura 3. Coberturas de desparasitación en niños en edad escolar en Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, México y Perú y República Dominicana, 2005-2008.</i>	34
<i>Figura 4. Presencia de esquistosomiasis a primer nivel subnacional, ALC 1998-2007.</i>	38
<i>Figura 5. Presencia de oncocercosis a primer nivel subnacional, ALC 2005-2007.</i>	39
<i>Figura 6. Avances en el tratamiento con Mectizan® en ALC, 1989, 1ª Ronda 2009 y proyecciones para la 2ª Ronda, 2009-2015.</i>	39
<i>Figura 7. Presencia de filariasis linfática a primer nivel subnacional, ALC 2005-2007.</i>	40
<i>Figura 8. Presencia de tracoma a primer nivel subnacional, ALC 1998-2007.</i>	40
<i>Figura 9. Coberturas de desparasitación en niños en edad preescolar en Belice, Colombia, El Salvador, Honduras, Panamá y Venezuela, 2005-2009.</i>	51
<i>Figura 10. Coberturas de desparasitación en niños en edad escolar en Belice, Colombia, El Salvador, Honduras, Panamá y Venezuela, 2005-2009.</i>	52
<i>Figura 11. Porcentaje de recursos financieros requeridos por año para el Plan Estratégico de EID, OPS, 2010-2015</i>	84

1. Enfermedades infecciosas desatendidas en América Latina y el Caribe

1.1. Contexto

En el marco del Plan Global para Combatir las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2008-2015 (OMS 2007), las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) y las zoonosis constituyen un obstáculo devastador para los asentamientos humanos y el desarrollo socioeconómico de comunidades ya de por sí empobrecidas. Un conjunto creciente de evidencia demuestra que el control de dichas enfermedades puede contribuir directamente al logro de varias de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Las intervenciones para combatir las ETD y las zoonosis ya han beneficiado a millones de personas, ofreciéndoles protección contra el dolor físico, la discapacidad y la pobreza².

La mayoría de las ETD afectan exclusivamente a las poblaciones pobres y marginadas que viven en entornos donde la pobreza es generalizada y los recursos, o el acceso a las oportunidades de mejoramiento de la calidad de vida, son escasos. Estas enfermedades tienen un enorme impacto sobre los individuos, sus familias y las comunidades de los países en desarrollo en términos de carga de la enfermedad, pérdida de productividad, empeoramiento de la pobreza y los altos costos de la atención médica a largo plazo. Así mismo, entorpecen el desarrollo económico de los países endémicos y afectan la calidad de vida en todos los niveles³.

Cerca de 582 millones de personas viven en América Latina y el Caribe, 78,8% de ellas en áreas urbanas, y la expectativa de vida al nacer es de 73,5 años⁴. Alrededor de 127 millones de personas viven en la pobreza (ingresos por debajo de dos dólares diarios), y 50 millones viven en la pobreza extrema (ingresos inferiores a un dólar diario). La mayoría de estas personas, incluidos los grupos tradicionalmente vulnerables como las poblaciones indígenas, los habitantes de zonas rurales, los ancianos y las mujeres y niños pobres, viven en condiciones que favorecen una alta carga de enfermedad⁵. La población con acceso a fuentes mejoradas de agua potable en el 2006 era de 91% y aquellos con acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento representaban solamente 78% (cuadro 1).

² OMS. Plan Global para Combatir las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2008-2015. Ginebra, 2007. WHO/CDS/NTD/2007.3

³ *Ibidem*

⁴ OPS. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2009.

⁵ OPS. Perfiles epidemiológicos de las enfermedades desatendidas y otras infecciones asociadas con la pobreza en América Latina y el Caribe.

Cuadro 1. Indicadores socioeconómicos en ALC

Indicadores socioeconómicos	Dato	Año
Población alfabetizada (total de personas de 15 y más años de edad) (total en %)	89,9%	1999-2005
Producto interno bruto (US\$ per cápita, valor PPA)	9.787	2007
Población con acceso a fuentes mejoradas de agua potable (total en %)	91%	2006
Población con acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento (total in %)	78%	2006

Fuente: OPS. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2009

La importancia de las enfermedades desatendidas y otras asociadas con la pobreza es evidente cuando se busca mejorar la salud y las condiciones de vida en las Américas por medio de la reducción de la carga de las enfermedades infecciosas. Si se quiere controlar mejor o eliminar estas enfermedades, es necesario no sólo el esfuerzo colectivo de la OPS/OMS sino también el compromiso decidido de los Estados Miembros, así como el de los actores y aliados de los diferentes sectores y organizaciones y la participación de las comunidades afectadas.

Hay altas posibilidades de lograr la reducción de varias de estas enfermedades a niveles en que ya no representen problemas de salud pública, razón de más para desplegar esfuerzos adicionales en busca de eliminarlas. La disponibilidad de nuevas tecnologías y estrategias, así como el mejoramiento de la infraestructura de salud, particularmente si el apoyo se centra en mejorar la atención primaria, hacen viable su control y eventual eliminación. La meta de eliminar o lograr una reducción significativa de las enfermedades desatendidas para el 2015 en los niveles regionales, sub-regionales y nacionales fue un aspecto señalado por la Dra. Mirta Roses en febrero de 2008 en el discurso inaugural de su segundo mandato como Directora de la OPS. Desde entonces, esfuerzos de diversa índole se han intensificado en la Región de las Américas con el fin de avanzar hacia el fortalecimiento de la lucha contra las EID.

En junio de 2008, la Fundación Bill y Melinda Gates realizó una reunión en Seattle con las partes interesadas en esta lucha y llegó a acuerdos con la OPS, con la Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas (Red Global), una iniciativa fundamental del Instituto de Vacunas Sabin, y con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), encaminados a desarrollar una iniciativa regional para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas (EID) asociadas con la pobreza en América Latina y el Caribe. El apoyo a la iniciativa y a esta cooperación, que incluye al Fondo Fiduciario de ALC, proviene en parte de una donación concedida por la Fundación Bill & Melinda Gates a la Red Global.

En este contexto, en diciembre de 2008 se realizó un foro en la sede central de la OPS para discutir con los Estados Miembros y otros aliados y partes interesadas el establecimiento de un Fondo Fiduciario de ALC como modelo o instrumento innovador de cooperación orientado a aunar recursos públicos y privados, así como los provenientes de filántropos individuales y otros benefactores, con el objetivo de apoyar esfuerzos costo efectivos para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas (EID) y reducir así las desigualdades en salud a través de la ayuda a los más pobres de los pobres en la Región, contando con la plena colaboración de los países, los aliados y las partes interesadas. El foro discutió, así mismo, la viabilidad de adoptar un enfoque integral en la lucha contra las enfermedades infecciosas desatendidas a través del apoyo a intervenciones combinadas que incluyeran la quimioterapia preventiva, la cooperación técnica para mejorar los sistemas de información en salud y los programas de control y eliminación de enfermedades en asocio con otros sectores en pro de asegurar el manejo integrado de vectores y la prevención de enfermedades.

Los objetivos centrales del Fondo Fiduciario son:

- el incremento acelerado del impacto de las intervenciones en salud para el control y eliminación de las EID a través de la administración masiva de medicamentos como terapia preventiva y de otras intervenciones en salud pública integradas a la atención primaria en salud;
- el apoyo al fortalecimiento de los sistemas de salud nacionales y locales con el fin de integrar la prevención y el control de las EID en la atención primaria, lo que incluye el mapeo y remapeo de las EID (especialmente en áreas en donde se superponen unas a otras o constituyen "focos críticos"), y
- el impulso a la integración de enfoques sectoriales e intersectoriales frente a los esfuerzos de prevención y control de las EID encaminados a combatir las causas de raíz y los determinantes sociales en salud de las EID, fundamentalmente el control de vectores, la educación, la movilización social, el suministro de agua, el saneamiento y el manejo ambiental.

Desde 2009, la OPS, el BID y la Red Global han estado trabajando en la creación del Fondo Fiduciario de ALC para apoyar la eliminación de las EID a nivel nacional, así como para la implementación integral de dos proyectos demostrativos para el control integral de las EID, uno en Chiapas, México, y el otro en Recife, Brasil.

En octubre de 2009, el Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución CD49.R19, la cual expresa el compromiso frente a la eliminación o la reducción de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas a niveles en los que ya no constituyan problemas de salud pública para el año 2015, así como el apoyo en el logro de los ODM 1 y 6 relativos a la salud, entre otros. En este marco, el mandato de la OPS se centra en:

1) abogar y movilizar activamente los recursos; 2) brindar cooperación técnica a los países; 3) promover el uso de intervenciones basadas en la evidencia; 4) promover la implementación de guías; 5) promover la investigación y el desarrollo científico; 6) apoyar los sistemas de vigilancia en salud y la atención primaria; 7) fortalecer la colaboración transfronteriza entre países, y 8) continuar apoyando y fortaleciendo los mecanismos de adquisición de medicamentos⁶.

En la Resolución de la OPS se definen dos grupos de EID: el Grupo 1 corresponde a enfermedades que tienen grandes posibilidades de ser eliminadas con intervenciones costo efectivas disponibles (enfermedad de Chagas, sífilis congénita, rabia humana transmitida por perros, lepra, filariasis linfática, malaria, tétanos neonatal, oncocercosis, peste y tracoma), y el Grupo 2 incluye las enfermedades cuya prevalencia puede reducirse drásticamente con intervenciones costo efectivas disponibles (esquistosomiasis, helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo).

En este marco, la OPS y sus aliados en el Fondo Fiduciario apoyan en una primera fase de trabajo el control y la eliminación de la filariasis linfática, la oncocercosis, la esquistosomiasis, las helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo y el tracoma como ventana de oportunidad para las acciones integrales con respecto a otras enfermedades infecciosas desatendidas, otros programas de salud y otros sectores (agua y saneamiento) a nivel nacional, subnacional y local con miras a lograr las metas de eliminación.

1.2. Carga de las enfermedades infecciosas desatendidas en ALC

A continuación se presenta un resumen de la situación de cada una de las enfermedades incluidas en la Resolución CD49.R19 (2009).

Enfermedad de Chagas: la transmisión de la enfermedad por los principales vectores ha sido interrumpida total o parcialmente en 10 países de la Región, y se ha registrado una reducción en las tasas de infestación nacionales en los países endémicos. Los brotes de enfermedad aguda de Chagas transmitida por alimentos se han incrementado. Dieciocho países hacen tamizaje para la enfermedad de Chagas en sus bancos de sangre. El diagnóstico prenatal de la infección materna, encaminado a ofrecer diagnóstico y tratamiento apropiados al recién nacido infectado a través de la placenta, también se ha incrementado. Continúan igualmente las iniciativas sub-regionales para la prevención, control y tratamiento de la enfermedad de Chagas (en el Cono Sur, (INCOSUR); en Centro América (IPCA), en los países andinos (IPA), en Amazonas (AMCHA) y en México) en coordinación con otras agencias y aliados como AECID, JICA, ACDI/CIDA, BID e IDRC.

⁶ OPS. Resolución CD49.R19. Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones asociadas con la pobreza. Octubre, 2009.

Sífilis congénita: en el 2009, la OPS y otros aliados lanzaron la "Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita en América Latina y el Caribe", la cual tiene como objetivo aumentar a más de 95% la cobertura de la atención prenatal y al parto, el tamizaje de sífilis y VIH en gestantes, la profilaxis y el tratamiento de la sífilis en gestantes y niños y la integración con otros servicios de salud. Recientemente se terminó de elaborar el marco técnico de la Iniciativa regional (documento conceptual, guía clínica y documento sobre monitorización y evaluación).

Rabia humana transmitida por perros: la eliminación de la rabia humana transmitida por perros contribuye a la seguridad en salud que los Estados Miembros están logrando con el apoyo de la OPS/OMS. En 1983 se presentaron 268 casos de rabia humana en tanto que en el 2009 sólo fueron 16 (10 debidos a agresión por perros). En el 2009 y el 2010, los países endémicos han implementado medidas recomendadas en la evaluación regional de los programas nacionales realizada por la OPS (diciembre de 2008). Estos son algunos de los logros: en Haití y República Dominicana, 400.000 y 1,5 millones de perros, respectivamente, fueron vacunados (vacunas donadas por Brasil); sin embargo, hay factores de inseguridad que han sido exacerbados por el terremoto en Haití. En Bolivia, la OPS/OMS brindó apoyo al programa nacional que buscaba reducir a la mitad los casos de rabia humana y canina.

Lepra: en 27 países se han presentado casos de lepra (enfermedad de Hansen) en los últimos tres años. Sólo en Brasil no se pudo alcanzar la meta de "eliminarla como problema de salud pública" (menos de un caso por cada 10.000 personas). En el 2009, 48.432 casos de lepra, 39.398 nuevos casos y 2.513 nuevos casos con grado 2 de discapacidad se informaron (6% del total reportado en las Américas).

Filariasis linfática: más de 9 millones de personas siguen en riesgo por filariasis linfática en la Región, siendo Haití el país con mayor proporción. En enero de 2010, el terremoto en Haití y República Dominicana vino a complicar la entrega oportuna de medicamentos. En una reunión convocada por la OPS en febrero de 2010, que contó con la participación de aliados internacionales, se impulsó la solidaridad con Haití para continuar el trabajo y lograr la meta de la eliminación. En los focos restantes de filariasis en Brasil, República Dominicana y Guyana se han intensificado los esfuerzos para eliminarla. Costa Rica, Surinam y Trinidad y Tobago están a la espera de la validación de la eliminación de la FL.

Malaria: la reducción continua en el número de casos de malaria reportados en 18 de los 21 países endémicos para malaria en la Región constituye una evidencia sólida de que la eliminación de la transmisión de la malaria es posible, al menos en algunas áreas. En las décadas recientes, este hito se ha logrado en muchas partes de la Región, especialmente en la mayor parte del Caribe. Recientemente, la Iniciativa contra la Malaria en Amazonas se ha extendido para incluir a nuevos países. Hoy, la interrupción

de la transmisión en Haití y República Dominicana, en México y Centro América, así como en Argentina y Paraguay, se considera factible.

Tétanos neonatal: la enfermedad se ha eliminado como problema de salud pública en todos los países latinoamericanos con excepción de Haití, de donde proviene 50 a 60% de todos los casos reportados durante los últimos cinco años. Las actividades de vacunación adelantadas en 2009 y 2010, después del terremoto, incluyeron la administración de toxoide tetánico a las mujeres en edad reproductiva.

Oncocercosis: la transmisión se ha interrumpido en siete de los 13 focos conocidos: dos en México, tres en Guatemala y en cada uno de los únicos focos de Colombia y Ecuador, los cuales se encuentran bajo vigilancia postratamiento. En tres de los seis focos restantes la transmisión podría interrumpirse en el 2010 o 2011.

Tracoma: existe evidencia de tracoma en Brasil, Guatemala y México. Se han identificado cerca de 7.000 casos, fundamentalmente en Brasil. Recientemente se publicó evidencia clínica de tracoma en una comunidad indígena de Colombia. La OPS/OMS está promoviendo actividades de mapeo a nivel municipal y comunitario, así como la definición de planes integrales para la implementación de la estrategia SAFE en Brasil, México y Guatemala. Se están impulsando alianzas estratégicas con instituciones, universidades, ONG/OBF y donantes para apoyar los planes integrales para la eliminación del tracoma en Guatemala y Brasil.

Esquistosomiasis: existe transmisión de esquistosomiasis en cuatro países de la Región, Brasil, Santa Lucía, Surinam y Venezuela, con un total de 25 millones de personas en riesgo, la mayoría en Brasil. El mapeo de la transmisión ya se completó excepto en Brasil. En el 2009, la OPS apoyó el desarrollo de un protocolo para la realización de un estudio nacional de prevalencia e intensidad de la infección por helmintos y la esquistosomiasis en Surinam, el cual fue finalizado en octubre de 2010. El diseño de una encuesta ya se está elaborando para Santa Lucía, y Venezuela se está preparando para comenzar con un programa de esquistosomiasis.

Helminuriasis transmitidas por el contacto con el suelo: la OPS estima que existen en la Región 13 millones de niños en edad preescolar y 33 millones de niños en edad escolar en alto riesgo de contraer infecciones por helmintos y de la consiguiente morbilidad como resultado de la carencia de saneamiento básico. En años recientes ha habido un incremento global en la cobertura anual de desparasitación en la Región. En el 2009, 4.805.522 niños en edad preescolar y 37.430.165 en edad escolar recibieron tratamiento antihelmíntico al menos una vez al año según los datos reportados.

Peste: la enfermedad está presente en focos silvestres en 5 países que presentan casos esporádicos: Bolivia (no ha reportado casos durante los últimos 10 años), Brasil, Ecuador, Perú y Estados Unidos. Actualmente el número de casos en América Latina es

bajo (cerca de 12 casos por año); muchos de los casos reportados son del Perú; muy pocos casos son fatales; los casos usualmente ocurren en pequeñas áreas y comunidades rurales con extrema pobreza.

2. Aproximación a las acciones intersectoriales e interprogramáticas de control y eliminación de las EID en ALC

2.1. Contexto general de la integración de acciones

Puede entenderse por integración la implementación de diversas acciones de apoyo a la lucha contra cada enfermedad, condición o grupo de enfermedades desatendidas según las necesidades específicas de cada país y población en riesgo. Esto consiste tanto en acciones de apoyo dentro del sector salud como acciones de aquellos aliados y socios que normalmente no hacen parte del sector salud. (Figura 1).

El trabajo con otros sectores debe adelantarse en el contexto de la promoción del desarrollo socioeconómico y el empleo, la sostenibilidad ambiental, la reducción del riesgo y la lucha contra la pobreza. Las intervenciones de control o eliminación de las EID constituyen excelentes vehículos para enfrentar la pobreza, las carencias, la desnutrición y el estigma social. Sin embargo, existen pocos modelos de cómo se debe realizar esto, especialmente modelos liderados por el sector público.

De cualquier modo, para avanzar en el enfoque intersectorial e interprogramático de lucha contra las EID es necesario lograr progresos en la estructuración de planes integrales que permitan alcanzar metas a nivel nacional, subnacional, local y comunitario. El desarrollo de dichos planes integrales requiere trabajar en dos fases principales: 1) información y planeación, y 2) prestación de los servicios. Aunque el presente documento se refiere solamente a cinco EID, las intervenciones integrales pueden aplicarse a otras enfermedades o como parte de algunos programas ya existentes.

En una primera fase deben identificarse los actores en cada nivel del sector salud y de otros sectores (educación, medio ambiente, agua y saneamiento, líderes comunitarios, infraestructura, reducción de la pobreza, desarrollo comunitario, agricultura y ganadería, nutrición, género, derechos humanos/derechos de las poblaciones indígenas, etc.). Así mismo, es necesario analizar la distribución geográfica y la superposición de las EID a nivel local y comunitario (mapeo de “focos críticos”). Esta información debe complementarse con los datos y el mapeo de aquellos determinantes sociales relacionados con las EID (agua, saneamiento, vivienda, desnutrición y desempleo) que son importantes para detectar las causas estructurales que deberán afrontarse en la intervención. Dicha información es relevante para el desarrollo de relaciones con otros sectores para reconocer las necesidades y su entrecruzamiento con base en cifras confiables y una visión de la situación real.

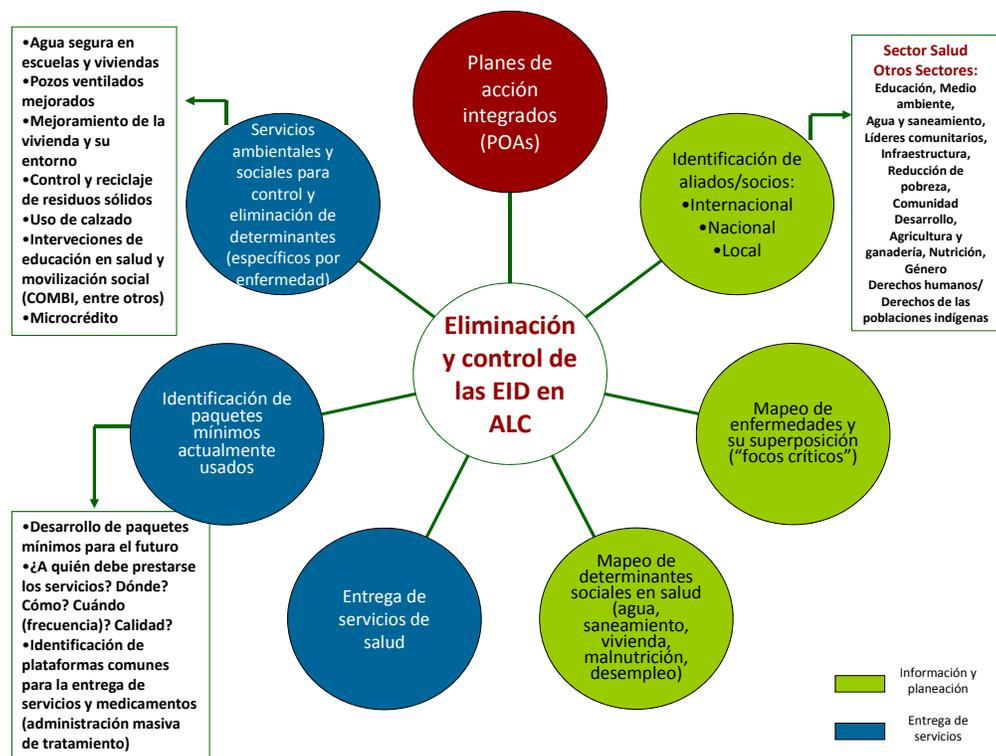


Figura 1. Aproximación a las acciones intersectoriales e interprogramáticas de control y eliminación de EID en ALC.

Una vez se estructura la primera fase, es posible avanzar a la segunda fase para definir los servicios que deben prestarse a la población en cada nivel específico y condición particular. Tales acciones requieren de la identificación del paquete mínimo de acciones que están en ejecución con el fin de definir el desarrollo de paquetes mínimos para uso *futuro*. Con este propósito es necesario responder a algunas preguntas: ¿a quién deberán prestarse los servicios?, ¿dónde?, ¿cómo?, ¿cuándo (frecuencia)?, ¿de qué calidad? Ello hará posible identificar plataformas comunes, por ejemplo para la entrega de servicios y medicamentos (con destino a la administración masiva de medicamentos), así como la prestación de servicios de salud y servicios sociales y ambientales orientados a modificar los determinantes sociales y ambientales de la enfermedad (específicos por enfermedad): por ejemplo, agua potable en escuelas y viviendas, letrinas mejoradas con pozos ventilados (VIP), pozos sépticos bien diseñados o sistemas de alcantarillado, mejoramiento de la vivienda y su entorno, control de la recolección y el reciclaje de residuos sólidos, uso de calzado o sandalias, planeación de las intervenciones de comunicación social (por ej., COMBI) y educación en salud, micro-crédito y otros.

2.2. La integración de acciones como enfoque en ALC

La integración de acciones para combatir las EID puede verse desde tres enfoques basados en la situación propia de los países de ALC. Aunque este documento se centra

en cinco EID, es necesario tener una visión amplia de la relación de estas enfermedades con otros programas, plataformas de salud, acciones intersectoriales y actores sociales claves en el ámbito local.

Administración masiva de medicamentos: integración interprogramática

El primer enfoque se basa en la administración masiva de medicamentos en el marco de su utilización en áreas geográficas donde hay superposición de enfermedades y es posible aplicar tratamientos masivos de impacto en una o dos enfermedades. Es el caso de los países con focos de filariasis linfática donde es posible combinar el tratamiento para la FL (dietilcarbamazina-DEC) con el de las geohelmintiasis (albendazol). Este enfoque reduce costos y mejora la cobertura del tratamiento para llegar a la población afectada por las EID y puede implementarse generalmente en áreas con focos de esquistosomiasis, oncocercosis, tracoma y filariasis linfática, añadiendo el tratamiento contra las geohelmintiasis. Adicionalmente, si en un área coexisten focos de dos o tres EID, se puede tratar a un gran número de personas con solo unos pocos medicamentos.

En los países ALC sin focos de esquistosomiasis, oncocercosis, tracoma y filariasis linfática es posible integrar las actividades de eliminación de helmintos en niños en edad preescolar y en edad escolar con otros programas de intervención masiva, como el programa ampliado de inmunizaciones, PAI, programas de suplementación con vitamina A o los programas nutricionales, porque usualmente llegan a la población a través de jornadas de vacunación masiva o de entrega domiciliaria de complementos/suplementos nutricionales. Estos programas cuentan con recurso humano capacitado y recursos económicos para llegar a las comunidades urbanas y rurales y constituyen una ventana de oportunidad para aplicar el tratamiento antihelmíntico con bajos costos.

Este enfoque permite reducir rápidamente la carga de la enfermedad con una cobertura de tratamiento sostenible y mitigar el sufrimiento resultante de tales enfermedades, pero requiere intervenir sobre los determinantes sociales para interrumpir la transmisión y garantizar el logro de las metas de eliminación.

Integración de acciones en los sistemas de salud en ALC: la atención primaria en salud

Un segundo enfoque define la integración como un proceso en el que las actividades de control de las enfermedades se fusionan o coordinan fuertemente en el contexto de un sistema de salud multifuncional e integral. Así entendida, la integración puede resultar más difícil que la implementación conjunta de algunas acciones claves al aumentar el acceso y la igualdad en los servicios⁷. Dichos programas deben hacer parte de los

⁷ Gyapong JO; et al. Integration of control of neglected tropical diseases into health-care systems: challenges and opportunities. *Lancet* 2010; 375: 160–65

sistemas de bienestar social y de salud para así reducir su dependencia con respecto a los ciclos de asignación de recursos⁸.

Los programas verticales aislados no son compatibles con los sistemas locales de salud, no son sostenibles y el nivel local no se apropia de ellos. En este marco, la administración masiva de medicamentos implica una considerable carga de trabajo para los sistemas de salud en aquellos países en que éstos son débiles, no cuentan con suficiente recurso humano, la información es deficiente y la cobertura no alcanza a las comunidades más pobres⁹. Por consiguiente, la integración de estas actividades en los sistemas de salud existentes debe intentarse tanto como sea posible y debe contribuir a fortalecerlos de manera que sirvan de apoyo o base de la administración de medicamentos y de otros servicios preventivos y curativos¹⁰.

Aunque la implementación de programas para enfermedades específicas, como en el caso de la filariasis linfática y la oncocercosis, sin recurrir a los sistemas generales de prestación de servicios de salud pueden resultar beneficiosos, su integración en los sistemas de salud regulares puede ser mucho más eficiente, puede posicionar la prioridad de la eliminación en el contexto de otros servicios, y tener mayor sostenibilidad política y apoyo comunitario. Para que la integración de las enfermedades tropicales desatendidas sea efectiva, los sistemas de salud deben ir más allá de las instituciones de salud, las intervenciones deben ser co-implementadas y los recursos financieros deben coordinarse a través de planes y presupuestos efectivos a nivel nacional y local¹¹.

El proceso de integración y complementación de acciones requiere de una muy cuidadosa planeación. Los informes publicados indican que la planeación cuidadosa y la preparación deben preceder a la implementación de los procesos de integración. Esta etapa incluye el análisis realista de la situación, la construcción de compromisos, la formulación de planes claros de integración, la capacitación del personal de salud y la difusión de información adecuada y oportuna al público¹². El fortalecimiento de las actividades de atención primaria en salud es esencial si se busca integrar el control de las enfermedades tropicales desatendidas en los servicios generales de salud.

⁸ Utzinger J., et al. Esquistosomiasis and neglected tropical diseases: towards integrated and sustainable control and a word of caution. *Parasitology*; 136(13): 1859-74, 2009 Nov.

⁹ Ault SK. Intersectoral approaches to neglected diseases. *Ann N Y Acad Sci*; 1136: 64-9, 2008.

¹⁰ OPS. Revisión bibliográfica en apoyo al desarrollo de lineamientos para el plan integral de EID en ALC. Documento de trabajo. 2010.

¹¹ Gyapong JO; et al. Integration of control of neglected tropical diseases into health-care systems: challenges and opportunities. *Lancet* 2010; 375: 160–65

¹² OPS. Revisión bibliográfica en apoyo al desarrollo de lineamientos para el plan integral de EID en ALC. Documento de trabajo. 2010.

Enfoque intersectorial y participación comunitaria

Existe un tercer enfoque que además de postular la integración a los sistemas de salud existentes, enfatiza la acción intersectorial y la participación social. La integración debe incluir el trabajo con otros sectores como los de suministro de agua, vivienda, saneamiento, educación y agricultura, unido a la necesidad de incluir un enfoque ambiental preventivo encabezado por las comunidades. Los programas deben basarse en los sistemas locales de salud y las intervenciones deben adaptarse a las prioridades e idiosincrasia locales, centrándose en los más necesitados; por consiguiente, además del factor ambiental, es necesario considerar el contexto social y de salud. Esta aproximación promueve un enfoque interprogramático y horizontal que responde a los determinantes sociales, económicos y ambientales relacionados con las enfermedades asociadas con la pobreza y llama a considerar los determinantes sociales de la salud.

Este enfoque conjuga los programas de prevención y los liga a los sectores involucrados con los determinantes de la enfermedad. Este tipo de aproximación tiene la ventaja de operar con varias enfermedades simultáneamente y es efectiva; esta fue la estrategia empleada en países como Estados Unidos y Japón para eliminar las EID que una vez fueron consideradas como problemas de salud pública¹³.

La participación comunitaria en todas las etapas del proceso de eliminación de las EID es necesaria. La identificación de prioridades y el diseño de políticas y estrategias, así como su implementación y evaluación, deben ser lideradas por la comunidad para mantener su participación y garantizar su inclusión en los servicios de salud. El éxito de un programa o estrategia dependerá de su ajuste a las estructuras, creencias y valores de la comunidad, por lo que deben contar con el concurso de todos los actores, tales como líderes religiosos, sanadores, etc. Los programas integrales deben adaptarse a las condiciones eco-epidemiológicas y socio-culturales, prestando especial atención a su alineamiento, armonización y apropiación por parte de la comunidad¹⁴.

Un paquete práctico de enfoques intersectoriales podría incluir los siguientes componentes¹⁵:

- El establecimiento de comités técnicos intersectoriales y redes de actores;
- El mejoramiento del abastecimiento de agua y saneamiento en comunidades de alto riesgo;
- El fortalecimiento del enlace entre las enfermedades transmisibles y los sectores agrícolas y ganaderos;

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ Hotez PJ, et al. Rescuing the bottom billion through control of neglected tropical diseases. *Lancet*; 373(9674): 1570-5, 2009 May 2.

¹⁵ Ault SK. Intersectoral approaches to neglected diseases. *Ann N Y Acad Sci*; 1136: 64-9, 2008.

- La abogacía y la comunicación con las comunidades en riesgo y los actores externos claves en torno a los determinantes sociales y ambientales de la salud, la seguridad y la pobreza;
- La movilización y participación comunitarias;
- La búsqueda de aliados y el establecimiento de alianzas;
- La educación ambiental, y
- El desarrollo económico de la comunidad.

Sistemas de mapeo, monitoreo y vigilancia integrados

Una de las dificultades para implementar y monitorear programas y enfermedades es la falta de información sobre la prevalencia y la intensidad de las EID más importantes, especialmente a nivel local. Para los planes y acciones integrales es importante conocer el perfil epidemiológico a nivel subnacional, incluidos los factores de riesgo y los determinantes sociales que afectan a los grupos de población. Por ende, las encuestas locales son prerequisite de la integración de programas. Estos estudios se requieren para ajustar los programas a cada realidad local antes de las intervenciones, lo que a su vez garantiza su costo efectividad^{16,17}.

Las actividades requieren integrar el mapeo, el monitoreo y la vigilancia antes y después de la eliminación de las EID. Cada programa tiene sus propios mecanismos para identificar a las comunidades en riesgo y monitorizar los avances. El desarrollo de un sistema integral de monitoreo y evaluación podría establecer prioridades e incluir un conjunto de indicadores acordados que permita a los gerentes de programa recoger información estandarizada que facilite comparaciones en el tiempo, entre áreas geográficas y entre enfermedades. Así mismo, es necesario integrar los recursos de información entre los sistemas de salud humana y los de salud animal, ya que muchas enfermedades infecciosas humanas son zoonóticas¹⁸.

Es necesario un mayor desarrollo y utilización de los métodos rápidos de mapeo los cuales podrían ser aplicados en las unidades subnacionales para tratar de determinar la superposición de enfermedades. Los datos epidemiológicos actuales están usando datos georreferenciados con análisis estadísticos espaciales y sistemas de información geográfica. Se han obtenido avances en lo relativo a modelos climáticos y datos ambientales y socioeconómicos, lo que permite predecir la presencia de enfermedades con el empleo de modelos geoestadísticos bayesianos.

¹⁶ OPS. Revisión bibliográfica en apoyo al desarrollo de lineamientos para el plan integral de EID en ALC. Documento de trabajo. 2010.

¹⁷ Lammie PJ, et al. A blueprint for success: integration of neglected tropical disease control programmes. *Trends Parasitol*; 22(7): 313-21, 2006 Jul.

¹⁸ OPS. Revisión bibliográfica en apoyo al desarrollo de lineamientos para el plan integral de EID en ALC. Documento de trabajo. 2010.

3. Panorama, necesidades y oportunidades del control y eliminación de las EID

3.1. Análisis en los países de América Latina y el Caribe

Con el apoyo del Fondo Fiduciario se decidió fortalecer el trabajo de lucha contra las enfermedades cuya meta de eliminación es alcanzable y viable a mediano plazo. Las enfermedades seleccionadas para la primera fase fueron la filariasis linfática, la oncocercosis, la esquistosomiasis, las helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo y el tracoma. El propósito es establecer un enfoque integral, especialmente en comunidades en las que se superponen algunas de estas cinco enfermedades, y otras EID como la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis. Se presentan a continuación las principales lecciones aprendidas y desafíos de ALC en la eliminación y control de las EID, específicamente la oncocercosis, la esquistosomiasis, la filariasis linfática, el tracoma y las helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo en 2009-2010.

Lecciones aprendidas en ALC frente a las EID

La Resolución CD49.R19 de la OPS ha contribuido a la abogacía y consecución de fondos en ALC
El mapeo a nivel nacional y subnacional respalda la toma de decisiones, pero no siempre constituye un tema de importancia en los países; por lo tanto, la abogacía y la movilización de recursos son necesarias para mantener dicha actividad en la agenda de los países
Las alianzas son necesarias para alcanzar las metas regionales y para la consecución de fondos
Los instrumentos y procedimientos para la certificación del proceso de eliminación son un asunto urgente en ALC (FL, oncocercosis)
Los proyectos demostrativos constituyen una oportunidad importante para desarrollar modelos de planes e intervenciones integrales.

Desafíos en ALC frente a las EID

Impulsar planes integrales para el control y la eliminación de las EID: guías y lineamientos son un asunto urgente
Impulsar el mapeo y remapeo en los niveles nacionales y subnacionales: recursos técnicos y financieros
Monitorear y evaluar las metas regionales
Coordinar las acciones intersectoriales e interprogramáticas: AIEPI, PAI, agua y saneamiento, programas de vivienda, escuelas saludables, entre otros.
Abogacía ante los ministerios de salud y otros Ministerios con el fin de centrarse en los determinantes sociales de las EID
Mantener y fortalecer la cooperación entre aliados: Fondo Fiduciario, iniciativas regionales y nacionales
Canalizar recursos financieros para las EID en las Américas vs. una mayor carga de la enfermedad en la Región de África
Promover la participación comunitaria como enfoque local

Oncocercosis en ALC

Lecciones aprendidas

Es posible lograr la eliminación de la enfermedad con la participación de la comunidad, la cooperación entre aliados y la administración masiva de tratamiento sostenida

La vigilancia postratamiento es tan importante como la fase de administración masiva de tratamiento y requiere de recursos sustanciales y cooperación técnica

La experiencia con la oncocercosis como plataforma a escala y lograr la eliminación de otras enfermedades

Desafíos

Lograr la interrupción de la transmisión de la enfermedad para el 2012 en el foco compartido por Venezuela y Brasil (en población indígena Yanomami)

Garantizar la vigilancia postratamiento en los focos en los que se ha interrumpido la transmisión

Incorporar las actividades en torno a las geohelmintiasis en lugares donde la transmisión se ha interrumpido

Comenzar el proceso de certificación de la eliminación por parte de la OMS en Colombia (2011), Ecuador (2013), Guatemala y México (2014) y Venezuela y Brasil (2016)

Mantener la operación y los recursos para el logro de las metas

Filariasis linfática en ALC

Lecciones aprendidas

Ligar la FL y las geohelmintiasis brinda la oportunidad de comenzar a aplicar el enfoque integral frente a la EID en Guyana y Haití

Cada país necesita un enfoque específico para enlazar las actividades en torno a la FL con una estrategia de manejo integral de vectores

La cooperación técnica es importante para mantener la eliminación de la FL en la agenda de cada país

Los desastres naturales y otras situaciones de emergencia en ALC constituyen un asunto de gran relevancia para mantener las actividades: el terremoto en Haití, el incendio en el Ministerio de Salud en Guyana, la emergencia por la tormenta tropical Ágata en Guatemala durante el 2010.

Desafíos

Salvaguardar los avances logrados con la administración masiva de tratamiento.

Mantener la administración masiva de tratamiento en Haití después del terremoto

Garantizar la cooperación técnica para coordinar las actividades de la estrategia de manejo integral de vectores

Ampliar la relación entre FL y geohelmintiasis

Acelerar los procesos de certificación de la eliminación en Costa Rica, Surinam y Trinidad y Tobago: se requieren lineamientos y procesos

Fortalecer las actividades comunitarias y la expansión de la estrategia COMBI adaptada a la FL

Esquistosomiasis y geohelminCIAS en ALC

Lecciones aprendidas

El mapeo conjunto de la esquistosomiasis y las geohelminCIAS es una ventana de oportunidad para la toma de decisiones y los planes integrales a nivel local

Las actividades de desparasitación han aumentado en LAC, y el apoyo de las ONG y OBF ha sido importante

El sistema de información para desparasitación y administración masiva de medicamentos todavía es un problema

Las acciones de desparasitación en niños en edad escolar han ido en aumento, pero todavía son insuficientes en niños en edad preescolar

Desafíos

Mejorar la cobertura de la administración masiva de medicamentos y de la desparasitación, así como el sistema de información epidemiológico para el monitoreo y la evaluación (M&E)

Promover el mapeo conjunto de esquistosomiasis, geohelminCIAS y fascioliasis

Brindar cooperación técnica para integrar acciones interprogramáticas e intersectoriales

Promover el enfoque que incluye el manejo de los determinantes sociales para el logro de las metas

La abogacía, las alianzas y los recursos son necesarios para impulsar las acciones en torno a las geohelminCIAS en ALC

Promover la integración de las acciones de eliminación de helmintos con la estrategia AIEPI, el PAI, los programas de nutrición, las escuelas saludables, entre otros.

Incorporar los temas de agua y saneamiento

Tracoma en ALC

Lecciones aprendidas

La Región de ALC tiene la oportunidad de lograr la meta de eliminación

La identificación de focos y el mapeo y remapeo se están llevando a cabo

La estrategia y plan mundial Visión 2020 es un marco que promueve el enfoque integral

El trabajo con los aliados en la implementación de la estrategia SAFE en Brasil y el apoyo para la eliminación en Brasil, México y Guatemala

El compromiso político de eliminar el tracoma se ha conseguido

Desafíos

Se requieren con urgencia lineamientos y procesos para la certificación de la eliminación

Impulsar la implementación de la estrategia SAFE como parte de los planes integrales para las EID en los focos identificados

Promover y mantener el trabajo con los aliados para lograr la meta de eliminación

Fortalecer la incorporación del tratamiento, la cirugía y el cuidado a través de los sistemas de atención primaria

Integrar las acciones con otros programas y sectores como los de agua y saneamiento para enfocarse en los determinantes sociales en salud

3.2. Análisis por grupos de países

Metodología

Con el fin de facilitar el análisis de la situación de las EID por países en ALC, se presenta a continuación la clasificación de los países en grupos y la información sobre sus perfiles epidemiológicos, la situación con respecto a la eliminación o control, los avances, necesidades y perspectivas de integración.

Teniendo en cuenta que los datos sobre oncocercosis, esquistosomiasis, tracoma y filariasis linfática provienen exclusivamente de los países con focos (algunos países), y la información sobre la prevalencia e intensidad de las infecciones por helmintos transmitidos por el contacto con el suelo (geohelmintos) no está disponible para todos los países de ALC, la definición de los grupos se hizo con base en categorías cualitativas. Tales categorías se construyeron a partir del análisis de algunos parámetros en 33 países de ALC, los cuales fueron incluidos en una matriz. Dichas variables resultaron de combinar datos tanto cuantitativos como cualitativos. El grupo de variables cuantitativas incluyó la cobertura del saneamiento (2006), la población en riesgo de infección por geohelmintos, la cobertura de desparasitación en niños en edad preescolar y en edad escolar, la población en riesgo para las EID seleccionadas, la prevalencia y la cobertura del tratamiento para oncocercosis, tracoma y filariasis linfática. Las variables cualitativas incluyeron las acciones interprogramáticas actuales, los aliados que trabajan en campañas de desparasitación, las necesidades en el marco de la cooperación técnica, el mapeo, la información del sistema de salud, la coordinación y las oportunidades para la acción integral.

Una vez se completó la información relativa a cada variable para cada país (anexo 1), un análisis cualitativo de toda la información recogida hizo posible identificar cuatro categorías de necesidades relacionadas con la cooperación técnica orientada a avanzar hacia las metas de eliminación en el marco de la Resolución CD49.R19 de la OPS: 1) países que requieren de la cooperación técnica para desarrollar planes interprogramáticos e intersectoriales integrales para combatir las EID; 2) países que requieren de la cooperación técnica para mejorar la coordinación interprogramática e intersectorial y para incluir las geohelmintiasis en las acciones integrales contra las EID; 3) países que requieren de la cooperación técnica para enfocar las actividades contra las EID en el nivel local y en áreas rurales, y 4) países que requieren de la cooperación técnica para el monitoreo y la evaluación. El propósito de esta clasificación es facilitar la focalización de la cooperación técnica para el control y eliminación de estas cinco enfermedades infecciosas desatendidas con base en las características compartidas entre los países (cuadro 2).

Cuadro 2. Clasificación por grupos de los países de ALC para orientar la cooperación técnica hacia el control o eliminación de la oncocercosis, esquistosomiasis, filariasis linfática, tracoma y helmintos transmitidos por el contacto con el suelo.

Grupo	Población en riesgo (número de personas en riesgo por enfermedad)	Enfoque de la cooperación técnica frente a las EID	Países
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 66,8% de niños en edad preescolar y 67,4% en edad escolar en riesgo de infección por geohelmintiasis del total en ALC ▪ 421.000 por oncocercosis (Enfermedad que tiene meta de eliminación) ▪ 25 millones por esquistosomiasis (Enfermedad que tiene meta de eliminación en Santa Lucía) ▪ 50 millones por tracoma (Enfermedad que tiene meta de eliminación) ▪ Más de 9 millones por filariasis linfática (Enfermedad que tiene meta de eliminación) 	Países que requieren de cooperación técnica para desarrollar plenamente planes interprogramáticos e intersectoriales integrales para combatir las EID.	Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, México, Perú, República Dominicana, Santa Lucía y Surinam
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 26,8% de niños en edad preescolar y 26,1% en edad escolar en riesgo de infección por geohelmintiasis del total en ALC ▪ 115.070 por oncocercosis ▪ Un foco de esquistosomiasis 	Países que requieren de cooperación técnica para mejorar la coordinación interprogramática e intersectorial y para incluir las geohelmintiasis en las acciones integrales contra las EID.	Belice, Colombia, El Salvador, Honduras, Panamá y Venezuela
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5,4% de niños en edad preescolar y en edad escolar en riesgo de infección por geohelmintiasis del total en ALC 	Países que requieren de la cooperación técnica para enfocar las actividades contra las EID en el nivel local y en áreas rurales	Argentina, Nicaragua, Paraguay, Bolivia*: región de El Chaco
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1,01% de niños en edad preescolar y 1,09% en edad escolar en riesgo de infección por geohelmintiasis del total en ALC 	Países que requieren de la cooperación técnica para el monitoreo y la evaluación	Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Granada, Jamaica, Saint Kitts y Nevis y San Vicente y Las Granadinas, Trinidad y Tobago, Uruguay

*Bolivia está incluido en el grupo 1, pero tiene frontera con la región de El Chaco.

A continuación se presenta la información detallada sobre cada grupo.

3.2.1. Países del Grupo 1: países que requieren de la cooperación técnica para desarrollar planes integrales e interprogramáticos de lucha contra las EID

Este grupo tiene 11 países: Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, México, Perú, República Dominicana, Santa Lucía y Surinam.

Cuadro 3. Cobertura de saneamiento y población en riesgo en los países del Grupo 1.

País	Cobertura de acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento (2006) Porcentaje*			Población en riesgo (población sin acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento)**	
	Total	Urbana	Rural	En edad preescolar	En edad escolar
Bolivia	43%	54%	22%	566.787	1.328.671
Brasil	77%	84%	37%	2.948.254	7.953.689
Ecuador	84%	91%	72%	177.234	456.169
Guatemala	-	-	-	1.702.790	3.733.185
Guyana	81%	85%	80%	10.249	30.352
Haití	19%	29%	12%	809.827	1.932.493
México	81%	91%	48%	1.550.667	4.002.645
Perú	72%	85%	36%	663.530	1.645.053
República Dominicana	79%	81%	74%	182.497	438.176
Santa Lucía	-	-	-	11.688	30.305
Surinam	82%	89%	60%	7.082	18.341
TOTAL				8.630.605	21.569.079

*Organización Panamericana de la Salud, Información y Análisis de Salud: Situación de Salud de las Américas: Indicadores Básicos 2009. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2009.

**Datos poblacionales de Naciones Unidas. Rev. 2008. Se usaron para hacer las estimaciones de población a riesgo en edad pre-escolar y escolar.

(-) Para estos países no fueron publicados datos de cobertura de acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento, por lo tanto se asumió que toda la población pre-escolar y escolar está a riesgo.

Las mayores brechas de acceso a servicios mejorados de saneamiento se encuentran en las zonas rurales, principalmente en Brasil, Bolivia, Haití, México, Perú y Surinam (cuadro 3).

Del total de la población en edad preescolar y en edad escolar en riesgo en ALC, este grupo concentra 66,8 y 67,4%, respectivamente.

HelminCIAS transmitidas por el contacto con el suelo (geohelminCIAS) en Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, México, Perú, República Dominicana, Santa Lucía y Surinam

Nueve países cuentan con información sobre las actividades de desparasitación. Surinam ha informado que no tiene este programa debido a la baja prevalencia y Santa Lucía no ha informado a la OPS. (Cuadro 4).

Cuadro 4. Cobertura de desparasitación en población en edad preescolar y en edad escolar en los países del Grupo 1, 2005-2009

País	HELMINTIASIS TRANSMITIDAS POR EL CONTACTO CON EL SUELO									
	Cobertura de desparasitación en preescolares					Cobertura de desparasitación en escolares				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Bolivia	0,0%	-	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	-	1,7%	45,7%	4,3%
Brasil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	41,6%	0,0%	0,1%	0,2%	2,2%
Ecuador	45,4%	0,0%		0,0%	0,0%	62,2%	85,0%		0,0%	1179,0%
Guatemala	0,0%	8,0%	13,0%	13,1%	0,0%	65,9%	65,3%	27,9%	13,1%	65,6%
Guyana	52,3%	-	28,5%	0,0%	-	66,2%	-	0,0%	23,8%	-
Haití	46,0%	0,0%	14,0%	158,6%	5,0%	44,8%	27,3%	120,5%	83,3%	137,4%
México	48,7%	49,4%	0,0%	0,0%	56,6%	59,1%	59,4%	80,9%	74,6%	360,0%
Perú	0,0%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%	26,1%	29,3%	2,1%	14,6%	277,2%
República Dominicana	0,4%	2,0%	1,0%	0,0%	0,0%	105,9%	110,8%	92,2%	77,5%	365,5%
TOTAL	16,89%	14,73%	1,41%	6,13%	54,19%	48,14%	30,72%	32,28%	29,24%	145,61%

* Los datos del 2009 sobre población en edad preescolar y en edad escolar se estimaron con base en la población en riesgo. Las cifras que superan el 100% podrían reflejar tratamientos administrados dos veces al año, uso de un denominador más pequeño debido al ajuste de la estimación para la población en riesgo o duplicación en informes enviados.

En este grupo, las actividades de desparasitación se han concentrado en la población en edad escolar; los informes sobre coberturas no siempre vienen desagregados por grupos de edad, por lo que se asume que los datos corresponden a tratamientos administrados a niños en edad escolar. Sin embargo, esto puede resultar en sobreestimación de los datos de cobertura en los niños de este grupo de edad. De igual manera, la duplicación en el conteo de las actividades de desparasitación realizada por las ONG, las OBF y otras agencias podrían reflejarse en la información del 2009 cuando la cobertura se estimó con respecto a la población en riesgo, por lo que las cifras de algunos países sobrepasan el 100% de dicha población.

México, República Dominicana, Haití y Guatemala han hecho esfuerzos para mantener sus coberturas de eliminación de helmintos (cuadro 4). En este grupo de países, 4.660.882 (cobertura de 54,19%) de los niños en edad preescolar y 31.291.775 (29,24%) de los niños en edad escolar recibieron tratamiento antihelmíntico en el 2009 (cuadro

6). Entre el 2008 y el 2009 aumentó la cobertura de desparasitación en niños en edad preescolar, pero esto se debió al cambio en la estimación de la población en riesgo, ya que entre el 2005 y el 2008 la cobertura se estimó empleando el total de la población en edad preescolar y en edad escolar como denominador, en tanto que en el 2009 la estimación se hizo con respecto a toda la población en riesgo, definida ésta como aquella sin acceso a servicios mejorados de saneamiento. En este grupo, cinco de los ocho países que reportaron población en edad escolar tratada en el 2009 presentan cifras que sobrepasan el 100%, lo que es un efecto del cambio en el cálculo de la población en riesgo. Por esta razón, en la figura 3 sólo se presentan los datos de 2005-2008; la cobertura en niños en edad escolar en el 2008 fue de 29,24% (figuras 2 y 3).

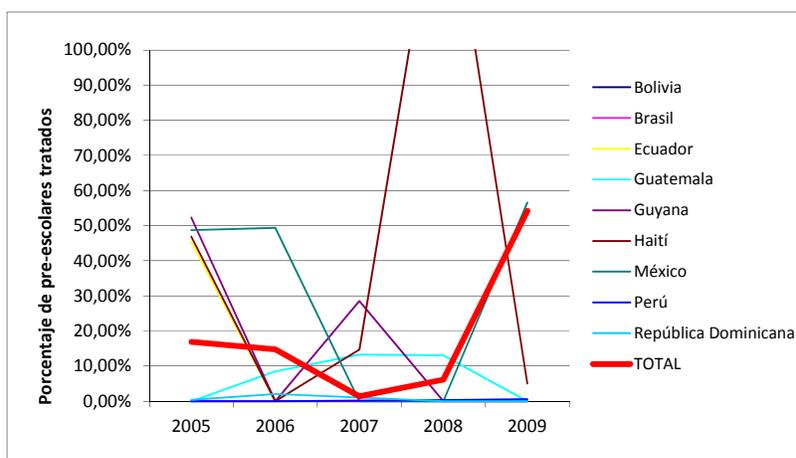


Figura 2. Coberturas de desparasitación en niños en edad preescolar en Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, Haití, México, Perú y República Dominicana, 2005-2009

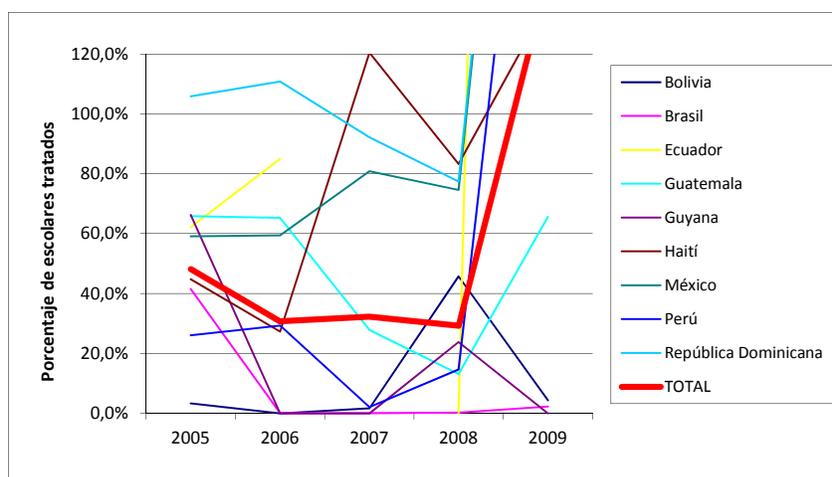


Figura 3. Coberturas de desparasitación en niños en edad escolar en Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, México y Perú y República Dominicana, 2005-2008.

En nueve de los países existe información proveniente de las ONG, OBF y otras agencias que colaboran en actividades de desparasitación (cuadros 5 y 6). Hay casos en que dichas organizaciones han hecho una contribución significativa en las actividades de desparasitación: del 2005 al 2008, todos los datos sobre desparasitación en Guatemala provinieron exclusivamente de las ONG; en Perú, del 2005 al 2007, todos los datos sobre esta actividad fueron informados por las ONG y en el 2009, 45,5%. En el 2006, 25,5% de los datos de desparasitación en este grupo de países fueron reportados por las ONG; sin embargo, esta proporción se redujo a 13,81% en el 2009, lo que sugiere un aumento en la cobertura reportada por entidades gubernamentales.

Cuadro 5. Colaboradores en las actividades de desparasitación en los países del Grupo 1

País		Colaboradores en aplicación de tratamiento antihelmíntico
1	Bolivia	Vitamin Angels, Food for the Hungry, Programa Mundial de Alimentos, Ministerio de Salud (MS)
2	Brasil	INMED, Partnerships for Children y MS
3	Ecuador	MS/INNFA, MEDPHARM, Wow Now
4	Guatemala	Operation Blessing International, Programa Mundial de Alimentos, MEDPHARM, Wow Now, Food for the Hungry, Direct Relief International, Vitamin Angels, MS-PROEDUSA, XELA Aid
5	Guyana	MS/PELF, Save the children, OPS, UNICEF
6	Haití	MS/PELF, World Concern, Vitamin Angels, Programa Mundial de Alimentos, Wow Now, Food for the Hungry, World Concern, Save the Children, International Action, Visitation Hospital, Direct Relief International, Deworm the World, Operation Blessing International
7	México	MS, Operation Blessing International
8	Perú	Operation Blessing International, Programa Mundial de Alimentos, Food for the Hungry, INMED partnership for children, Fondo Minero Antamina, Wow Now, MS/Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, Children Healthy Features
9	República Dominicana	MS/World Vision, Batey Relief Alliance, Direct Relief International, Vitamin Angels y MS/Programa de eliminación de la filariasis linfática (PEFL)

Cuatro de los países han informado estudios de prevalencia de geohelmintiasis a nivel nacional. La siguiente es la información disponible más reciente: Guatemala en 2003, 16,05%; Guyana en 1999, 13,20%; Surinam en 2010, *Ascaris lumbricoides* (1,0%), uncinaria (0,6%) y *Trichuris trichiura* (0,5%), y Santa Lucía en 2005, 35,36%. Estos datos provienen de las bases de datos de la OPS revisadas para realizar el estudio sobre los perfiles epidemiológicos de las enfermedades desatendidas y otras infecciones asociadas con la pobreza en América Latina y el Caribe, publicado en el 2009. Los datos sobre Surinam fueron suministrados por la Oficina de Salud Pública del Ministerio de Salud de Surinam a partir de un informe preliminar del estudio nacional sobre geohelmintiasis y esquistosomiasis finalizado en octubre de 2010. Los datos de prevalencia en el primer y segundo nivel subnacional pueden revisarse en el anexo 1.

México ha venido aplicando tratamientos antihelmínticos con albendazol durante las semanas de salud infantil en campañas nacionales en asocio con el programa de inmunizaciones.

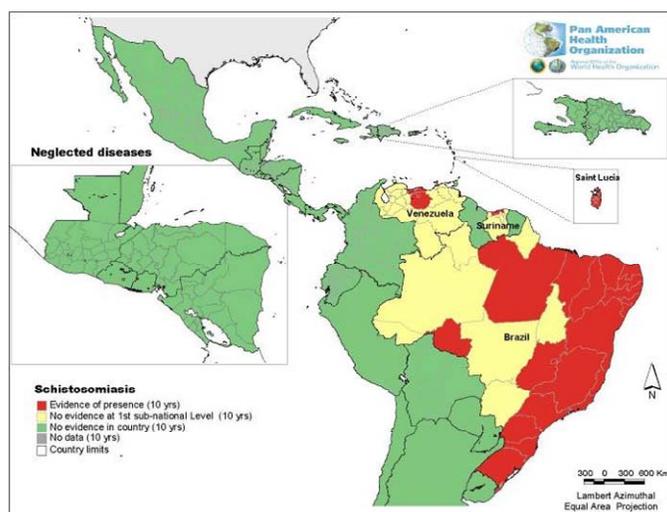
Cuadro 6. Número total de niños en edad preescolar y en edad escolar tratados y proporción de tratados informada por las ONG, las OBF u otras agencias en los países del Grupo 1, 2005-2009.

PAÍS	2005			2006			2007			2008			2009		
	Total preescolares tratados	Total escolares tratados	Reporte de las ONG, OBF o agencias	Total pre-escolares tratados	Total escolares tratados	Reporte de las ONG, OBF o agencias	Total pre-escolares tratados	Total escolares tratados	Reporte de las ONG, OBF o agencias	Total pre-escolares tratados	Total escolares tratados	Reporte de las ONG, OBF o agencias	Total pre-escolares tratados	Total escolares tratados	Reporte de las ONG, OBF o agencias
Bolivia	-	74.500	74.500	-	-	-	-	39.000	39.000	-	1.059.262	1.059.262	-	57.269	57.269
Brasil	4.311	14.110.141	-	6.118	14.895	-	8.535	20.219	-	-	64.200	64.200	-	176.179	64.200
Ecuador	520.703	1.763.823	-	-	2.415.000	2.415.000	-	-	-	-	500	-	-	5.380.283	5.000
Guatemala	-	2.272.026	2.272.026	138.000	2.298.880	2.436.880	220.000	1.000.800	1.220.880	220.000	480.200	700.200	-	2.450.648	1.005.000
Guyana	33.571	105.215	220.000	-	-	-	17.000	-	17.000	-	38.251	-	-	-	-
Haití	462.876	1.047.789	-	-	642.311	10.500	145.852	2.849.682	1.706.750	1.579.941	1.978.751	2.530.453	40.564	2.655.053	650.012
México	4.115.423	12.858.722	-	4.133.026	12.840.047	-	-	17.333.455	-	-	15.855.753	-	4.616.686	14.410.489	1.000.000
Perú	-	1.539.500	1.539.500	-	1.729.412	1.729.412	3.632	122.425	126.057	7.132	859.947	23.157	3.632	2.502.440	2.077.657
República Dominicana	3.052	2.193.660	-	17.180	2.299.925	185.000	9.101	1.916.712	55.000	-	1.612.665	-	-	1.601.414	105.000
TOTAL	5.139.936	35.965.376	4.106.026	4.294.324	22.240.470	6.776.792	404.120	23.282.293	3.164.687	1,807,073	21.949.529	4.377.272	4.660.882	31.291.775	4.964.138
Proporción reportada por las ONG, OBF o agencias	9,99%			25,54%			13,36%			18,43%			13,81%		

Esquistosomiasis, oncocercosis, filariasis linfática y tracoma en los países del Grupo 1

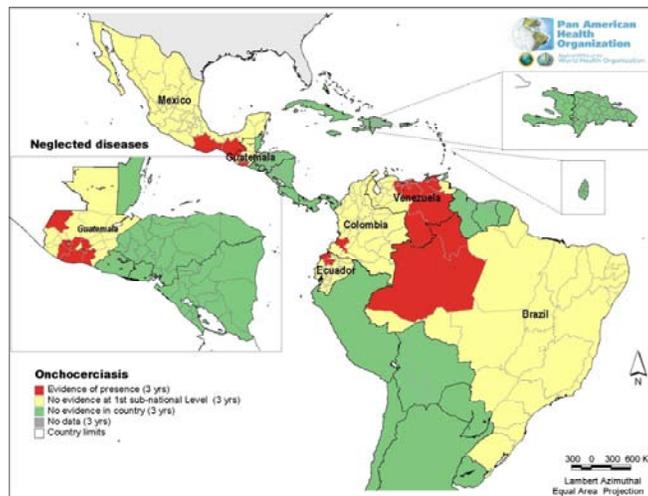
Existen focos de esquistosomiasis en Brasil, Venezuela, Santa Lucía y Surinam (figura 4). Sólo un país (Brasil) reportó aplicación de tratamiento en el 2009 (cuadro 7). La cobertura de la administración masiva de medicamentos (praziquantel) todavía es muy baja en la región. En este grupo de países también se registran focos de oncocercosis en Brasil, Ecuador, Guatemala y México (cuadro 7 y figura 5).

Dos focos de oncocercosis (norte de Chiapas, México, y Ecuador) están bajo vigilancia postratamiento. En los focos sur de Chiapas, México y central de Guatemala el tratamiento posiblemente será suspendido en el 2012. Los esfuerzos para eliminar la oncocercosis están siendo encabezados por OEPA. La figura 6 muestra la intensificación y la disminución estimadas para la administración masiva de medicamento con ivermectina para la oncocercosis en la región.



Fuente: PAHO/HSD/CD basado en datos de: Ministerio de salud de Brasil, Santa Lucía y Surinam y Alarcon de Noya, B. et. Al. *Schistosomiasis mansoni* en áreas de baja transmisión. Caracterización epidemiológica de focos de Venezuela. Memorias del Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; 2002; 91(1): 5-10.

Figura 4. Presencia de esquistosomiasis a primer nivel subnacional, ALC 1998-2007.



Fuente: PAHO/HSD/CD basado en datos de: Programa de eliminación de la oncocercosis en las Américas / OEPA.

Figura 5. Presencia de oncocercosis a primer nivel subnacional, ALC 2005-2007.

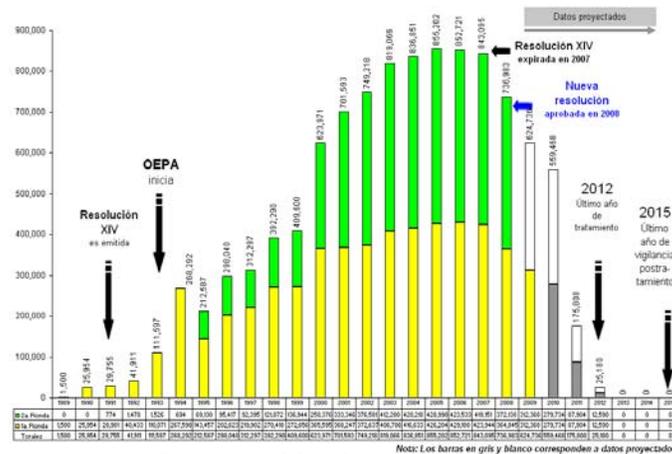
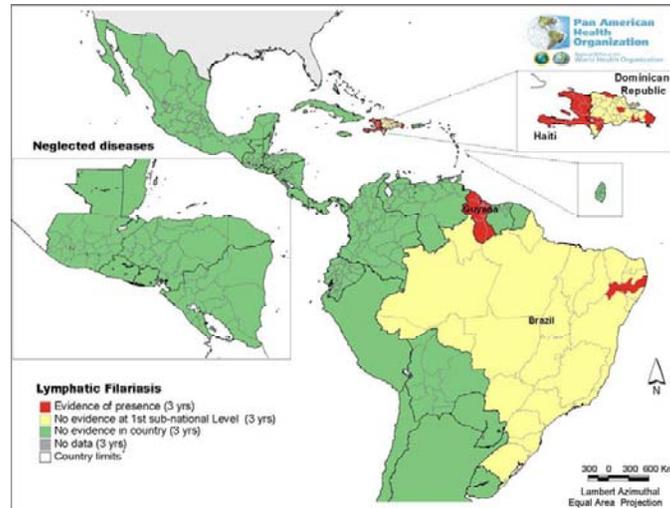


Figura 6. Avances en el tratamiento con Mectizan® en ALC, 1989, 1ª Ronda 2009 y proyecciones para la 2ª Ronda, 2009-2015.

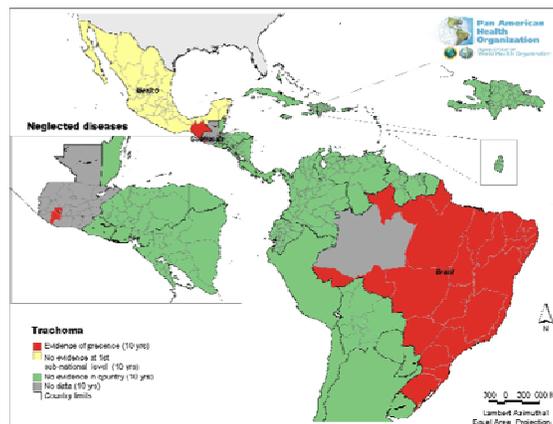
En este grupo, cuatro países tienen focos de transmisión de filariasis linfática (Brasil, Guyana, Haití y República Dominicana,) (ver figura 7). Más de 9 millones de personas siguen estando en riesgo de filariasis linfática en la Región, siendo Haití el país con la mayor proporción. El terremoto de enero del 2010 en Haití ha interferido con la entrega oportuna de los medicamentos tanto en este país como en la vecina República Dominicana, donde se han refugiado un gran número de haitianos. En los restantes focos de FL en Brasil y Guyana se están intensificando los esfuerzos orientados a la eliminación. Las cifras de personas tratadas a través de la administración de tratamiento masivo para la filariasis linfática en el 2009 son los siguientes: Haití, cerca de 3 millones de personas tratadas; Brasil, 177.000 y Guyana, 129.189.



Fuente: OPS/HSD/CD basado reportes realizados por los Ministerios de Salud a la OPS/OMS para el programa de eliminación de la filariasis linfática, 2005-2007.

Figura 7. Presencia de filariasis linfática a primer nivel subnacional, ALC 2005-2007.

Existe evidencia sobre la presencia de ceguera por tracoma en Brasil, Guatemala y México (ver figura 8). Se estima que 50 millones de personas viven en zonas de riesgo y cerca de 7.000 casos han sido detectados, principalmente en Brasil.



Fuente: PAHO/HSD/CD basado en:
México: OPS, Situación epidemiológica en México, disponible en <http://www.mex.ops-oms.org/contenido/tracoma/sitmx.htm>.
Brasil: OPS, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. III Mostra de estratégias de Saúde da Família. Tracoma: Aspectos clínicos epidemiológicos e gerenciais. 8 August 2008.
Guatemala: Comité proclégos y sorbos de Guatemala. Cuadro de registro de personas con catarata y tracoma por estado, edad y sexo en el área sur-occidental I. 2002. Sin publicar.

Figura 8. Presencia de tracoma a primer nivel subnacional, ALC 1998-2007.

Cuadro 7. Datos sobre prevalencia y cobertura del tratamiento para esquistosomiasis, oncocercosis, filariasis linfática y tracoma en los países del Grupo 1.

País	DATOS DE PREVALENCIA Y AMM o COBERTURA DE TRATAMIENTO			
	ESQUISTOSOMIASIS	ONCOCERCOSIS	FILARIASIS LINFÁTICA	TRACOMA
Brasil	<p>Prevalencia: 5,63% en estados endémicos en 2007. Áreas de mayor riesgo: estados de Bahía, Alagoas y Minas Gerias, aunque está presente en 19 de los 27 estados</p> <p>Cobertura de tratamiento: 83% de todos los casos detectados es tratado</p>	<p>Prevalencia: foco en el estado de Amazonas: 6,5% en 2007. Los estados endémicos de Roraima y Amazonas son fronterizos con Venezuela</p> <p>Cobertura de tratamiento: en 2008-2009 osciló entre 88 y 93% en cada una de las dos rondas.</p>	<p>Cobertura de tratamiento: en 2009 la administración masiva de tratamiento llegó a cerca de 177.000 individuos en los municipios de Recife y Olinda, correspondientes a 10% del total de la población que habita en las zonas endémicas. Dos municipios informaron tratamiento en 2009, Recife y Olinda. En ellos, 25 distritos fueron seleccionados para la administración con DEC. La cobertura de tratamiento informada por los municipios osciló entre 62 y 95%</p>	<p>Prevalencia: 4,9% (2002-2007) en escolares; 10 estados tienen tasas de prevalencia de 5% o más.</p> <p>Cobertura de tratamiento: no hay datos disponibles sobre cobertura de tratamiento</p>
México	NA	<p>Población en riesgo: 161.223 en 2009. Hay dos focos en el estado de Chiapas: uno bajo vigilancia postratamiento y otro bajo tratamiento. El único foco de Oaxaca está bajo vigilancia postratamiento</p> <p>Cobertura de tratamiento: 93% en 2009</p>	NA	<p>Prevalencia: 101 casos activos de tracoma TF/TI en 2008. Cinco municipios de Chiapas presentan casos: Cancuc, Chanal, Oxchuc, Huixtan y Tenejapa.</p> <p>Cobertura de tratamiento: 76% en 2008</p>

	DATOS DE PREVALENCIA Y AMM o COBERTURA DE TRATAMIENTO			
Haití	NA	NA	Prevalencia: 92% de la población está en riesgo. Cobertura de tratamiento: más de 3 millones de personas tratadas en 2009	NA
Ecuador	NA	Prevalencia: 0% en 2006. Foco en la provincia de Esmeraldas Cobertura de tratamiento: más de 85%. En vigilancia postratamiento desde 2010.	NA	NA
Guatemala	NA	Prevalencia: 0,4% de morbilidad ocular en el foco de la parte central y 0% en los focos de Escuintla, Huehuetenango y Santa Rosa (2007). Cobertura de tratamiento: 2008-2009, más de 90%.	NA	Prevalencia: 1.944 casos en Sololá (TF=1.130; TI=379; TS=388; TT=40; OC=5) 2002. Cobertura de tratamiento: datos no disponibles
Guyana	NA	NA	Prevalencia: 9,3% en 63 aldeas (2005), Cobertura de tratamiento: 19,9% de cobertura del programa de tratamiento informado en 2009	NA
República Dominicana	Prevalencia: áreas en que se sospecha transmisión: Seíbo, Higuey y Hato Mayor (2008) Tasa de incidencia: 4,2/	NA	Prevalencia: hay 17 áreas endémicas con 638.966 habitantes (2009)	NA

DATOS DE PREVALENCIA Y AMM o COBERTURA DE TRATAMIENTO				
	<p>100.000 habitantes (2003) Información tomada del documento de la SESPAS sobre control y erradicación de la esquistosomiasis en República Dominicana, enero, 2008</p> <p>Cobertura de tratamiento: datos no disponibles</p>		<p>Cobertura de tratamiento: No ha habido administración masiva de tratamiento desde 2007</p>	
Surinam	<p>Prevalencia: estudio nacional de 2010: 0% en niños en edad escolar (con Kato Katz); 8,3% en distritos endémicos y 9,2% en distritos no endémicos (con prueba de Elisa en escolares). Cobertura de tratamiento: 95% en 2010</p>	NA	NA	NA
Santa Lucía	<p>Prevalencia: incidencia de 6/100.000 (2007) Cobertura de tratamiento: no hay información sobre cobertura de tratamiento</p>	NA	NA	NA

Cuadro 8. Necesidades y oportunidades de acción integral para el control y eliminación de las EID en los países del Grupo 1: Brasil, México, Bolivia, Haití, Ecuador, Guatemala, Guyana, Perú, República Dominicana, Surinam y Santa Lucía.

País	Necesidades	Oportunidades de acción integral
Bolivia	<p>Mapeo: 1) mapeo de geohelminthos a nivel nacional y subnacional.</p> <p>Acciones integrales: 1) definir una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo; 2) mejorar las coberturas de desparasitación en preescolares</p> <p>Coordinación: 1) fortalecer la capacidad del MS para coordinar acciones con las ONG y OBF</p>	<p>1) Apoyar la integración de acciones entre la estrategia AIEPI, “Rostros, voces y lugares” y “Desnutrición cero” como ventana de oportunidad para implementar una estrategia nacional de control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo (apoyo con recurso humano); 2) integrar las acciones contra la EID con el control de la fasciolosis y administración masiva de tratamiento; 3) integrar las acciones contra las EID en la región de El Chaco con Argentina y Paraguay; 4) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud (agua y saneamiento, escuelas saludables, etc.).</p>
Brasil	<p>Acciones integrales: 1) mejorar la cobertura de desparasitación, incluida la esquistosomiasis focalizando en la población en riesgo; 2) mejorar las coberturas de desparasitación en preescolares; 3) definir una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo con base en los resultados de la encuesta en curso en 2010; 4) fortalecer las acciones integrales (intersectoriales e interprogramáticas) de lucha contra las EID.</p> <p>Sistemas de información: 1) mejorar los sistemas de información para el monitoreo y la evaluación de las EID</p>	<p>1) En 2010, el MS de Brasil comenzó la implementación de un estudio nacional para esquistosomiasis y geohelmintiasis; 2) proyecto demostrativo el estado de Pernambuco (lepra, filariasis linfática, helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo, esquistosomiasis) con la OPS, el BID, SABIN y MS para desarrollar e implementar un plan integral de lucha contra las EID; 3) integrar acciones con estrategias como la estrategia AIEPI, “Rostros, voces y lugares”¹⁹ y el programa indígena de salud para combatir las EID; 4) integrar o coordinar acciones con el Club de Leones Internacional para la eliminación del tracoma en el estado de Pernambuco; 5) planear e implementar acciones</p>

¹⁹ “Rostros, voces y lugares” es un esfuerzo para construir voluntad política al más alto nivel y al mismo tiempo suministrar asistencia técnica para enfrentar los determinantes sociales y económicos de la salud a nivel local. Aboga por los más vulnerables y ayuda a la ciudadanía proveyendo un enfoque de derechos y responsabilidades compartidas. Esto se logra a través de la colaboración intersectorial y entre agencias para unificar esfuerzos en torno al logro de las Metas de Desarrollo del Milenio. OPS. Rostros, voces y lugares de las Metas de Desarrollo del Milenio. Folleto disponible en <http://www.ops-oms.org/English/MDG/index.htm>, consultado en agosto 10, 2010.

País	Necesidades	Oportunidades de acción integral
	<p>Sistema de monitoreo y vigilancia: 1) evaluar los focos de FL que ya se consideran extintos y preparar dossiers para cada foco (excepto para Belem, estado de Pará) que muestren evidencia de la eliminación</p>	<p>integrales con otros sectores y programas de salud; 6) eliminar los focos de esquistosomiasis en DF/Goias y Rio Grande do Sul.</p>
Ecuador	<p>Mapeo: 1) mapeo de geohelmintiasis, fasciolosis, paragonimiasis, cisticercosis/teniasis para detectar su superposición a nivel nacional y subnacional</p> <p>Acciones integrales: 1) definir una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo, fascioliasis, cisticercosis/teniasis y paragonimiasis; 2) incluir el tratamiento antihelmíntico en los focos de oncocercosis bajo vigilancia postratamiento; 3) mejorar las coberturas de desparasitación en población preescolar; 4) explorar cómo podría ampliarse la cobertura de desparasitación concatenándolo con el control y vigilancia del vector de la enfermedad de Chagas</p> <p>Sistema de información: mejorar los sistemas de información para disponer de datos sobre coberturas de desparasitación</p> <p>Coordinación: 1) fortalecer la capacidad del MS para coordinar acciones con las ONG y las OBF</p>	<p>1) Apoyar un plan nacional de acción integral contra fasciolosis, geohelmintiasis, cisticercosis/teniasis y paragonimiasis; 2) integración entre tuberculosis y paragonimiasis por su similitud de síntomas; 3) integrar las acciones en el marco del proyecto de la ACDI/CIDA en población indígena para introducir el tratamiento antihelmíntico y la iniciativa de manejo integral de vectores; 4) apoyar la integración de acciones con la estrategia AIEPI, “Rostros, voces y lugares” y los programas de nutrición e inmunizaciones como ventana de oportunidad para implementar una estrategia focalizada de control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo entre la población en riesgo; 5) incluir las acciones contra la EID en la Estrategia de Cooperación de País, y 6) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.</p>
Guatemala	<p>Mapeo: 1) mapeo de geohelmintiasis, tracoma y fasciolosis a nivel nacional y subnacional</p> <p>Acciones integrales: 1) definir una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo en áreas con oncocercosis y tracoma (incluyendo abogacía ante el MS); 2) mejorar la administración de desparasitación en población</p>	<p>1) Apoyar el plan nacional de lucha contra las EID (tracoma, oncocercosis, Chagas, rabia, geohelmintos); 2) apoyar la integración de acciones con la estrategia AIEPI, escuelas saludables y programas para la población indígena como ventana de oportunidad para implementar una estrategia focalizada de control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo en la población en riesgo, y 3) planear e implementar</p>

País	Necesidades	Oportunidades de acción integral
	<p>preescolar.</p> <p>Sistema de información: mejorar los sistemas de información para disponer de datos sobre coberturas de desparasitación</p> <p>Coordinación: fortalecer la capacidad del MS para coordinar acciones con las ONG y las OBF.</p>	<p>acciones integrales con otros sectores y programas de salud.</p>
<p>Guyana</p>	<p>Mapeo: 1) mapeo de geohelmintiasis a nivel nacional y subnacional</p> <p>Acciones integrales: 1) definir una estrategia nacional y un plan de acción para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo en áreas con filariasis linfática (incluyendo abogacía ante el MS); 2) mejorar la cobertura de desparasitación en población preescolar</p> <p>Sistema de información: mejorar los sistemas de información para disponer de datos sobre desparasitación</p> <p>Coordinación: 1) fortalecer la capacidad del MS para coordinar acciones con las ONG y las OBF; 2) asegurar la recuperación de la información perdida por el incendio de la sede central del MS (2009).</p>	<p>1) Apoyar el plan nacional de lucha contra las EID (filariasis linfática, dengue, malaria y geohelmintiasis); 2) apoyar la integración de acciones en malaria, dengue, FL, AIEPI y escuelas saludables como ventana de oportunidad para la implementación de una estrategia focalizada de control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo y FL en la población en riesgo; 3) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud (TB, VIH, nutrición), y 4) abogacía para la lucha contra las EID ante la comunidad de expatriados de Guyana (diáspora).</p>
<p>Haití</p>	<p>Acciones integrales: 1) mantener en el 2010 el número de personas tratadas para FL alcanzado en el 2009 (3.000.000), incluido el tratamiento con albendazol; 2) manejo de las EID en los campos de desplazados por el terremoto</p> <p>Monitoreo y evaluación: reiniciar las acciones conducentes a recolectar información orientada a la toma de decisiones frente a las EID.</p>	<p>1) Coordinar con las ONG y las OBF que apoyaron el tratamiento contra la FL en el 2009; 2) coordinar las actividades con el plan para la construcción de capacidad en Haití de manera que se incluyan las EID; 3) control integral de FL y geohelmintiasis; 4) coordinar con los proyectos del BID orientados al suministro de agua y saneamiento; 5) coordinar con International Action, Vitamin Angels y otras ONG internacionales que trabajan en agua y saneamiento, vitamina A, etc.</p>

País	Necesidades	Oportunidades de acción integral
México	<p>Mapeo: mapeo de geohelmintiasis a nivel nacional y subnacional</p> <p>Acciones integrales: 1) implementar el Plan Estatal de Chiapas para el control y eliminación de las EID; 2) definir una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto suelo (incluyendo abogacía ante el MS)</p> <p>Sistema de información: mejorar los sistemas de información para recoger datos sobre coberturas de desparasitación por grupos de edad</p> <p>Coordinación: fortalecer la capacidad del MS para coordinar acciones con las ONG y las OBF.</p>	<p>1) Integrar acciones con el programa de Chagas y la estrategia de manejo integral de vectores; 2) extender la experiencia de Chiapas a otros estados y para otras enfermedades; 3) consultoría sobre los determinantes sociales de las enfermedades infecciosas desatendidas en Yucatán, México (enfoque comunitario e intersectorial), y 4) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud como la Iniciativa Mesoamericana²⁰.</p>

²⁰ La Iniciativa Mesoamericana es un conjunto de iniciativas y programas entre países a nivel subregional orientada a lograr la equidad social por medio del mejoramiento de la salud de las poblaciones afectadas que incluye avanzar hacia condiciones de salud mejoradas y más equitativas, así como la construcción de capacidad y la habilidad de responder a las necesidades en salud de la población. El sistema está diseñado como una plataforma para la respuesta efectiva y oportuna a las necesidades en salud de la región por medio de la coordinación del desarrollo de actividades conjuntas y de la cooperación técnica.

País	Necesidades	Oportunidades de acción integral
Perú	<p>Mapeo: mapeo de geohelmintiasis y fasciola a nivel nacional y subnacional</p> <p>Acciones integrales: 1) definir una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo (incluyendo abogacía ante el MS); 2) mejorar la cobertura de desparasitación en población preescolar; 3) diseñar un plan integral de lucha contra las EID (rabia humana transmitida por perros, fascioliasis, peste, hidatidosis, cisticercosis/teniasis y geohelmintiasis)</p> <p>Sistema de información: mejorar los sistemas de información para datos de desparasitación</p> <p>Coordinación: fortalecer la capacidad del MS para coordinar acciones con las ONG y las OBF.</p>	<p>1) Integrar acciones en el marco del proyecto de ACIDI/CIDA en la población indígena para introducir la desparasitación y la iniciativa de manejo integral de vectores; 2) incluir las acciones contra las EID en la Estrategia de Cooperación de País; 3) apoyar la integración de acciones en las estrategias AIEPI, “Rostros, voces y lugares” y los programas de nutrición como ventana de oportunidad para implementar una estrategia nacional para el control integral del parasitismo intestinal orientado a la población en riesgo; 4) integrar acciones en el marco del proyecto Gates para el control de la cisticercosis/teniasis (incluida la desparasitación) y revisar y armonizar las bases de datos del proyecto Tumbes 2004-2010 (en desarrollo), y 5) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.</p>
República Dominicana	<p>Mapeo: 1) mapeo de geohelmintiasis, esquistosomiasis y FL</p> <p>Acciones integrales: 1) fortalecer las acciones integrales (intersectoriales e interprogramáticas) de lucha contra las EID (apoyo en recurso humano); 2) definir una estrategia nacional de control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo; 3) mejorar las coberturas de desparasitación en población preescolar</p> <p>Sistemas de monitoreo y vigilancia: monitoreo de focos de FL para definir el estado actual de la transmisión, la prevalencia y las necesidades de administración masiva de tratamiento</p> <p>Coordinación: 1) fortalecer la capacidad del MS para coordinar acciones con las ONG y OBF</p>	<p>1) Apoyar la iniciativa del MS de elaborar un plan integral de lucha contra las EID; 2) apoyar la integración de acciones con la estrategia AEIPI, “Rostros, voces y lugares” y el programa de inmunizaciones como ventana de oportunidad para implementar una estrategia focalizada para el control integral del parasitismo intestinal en la población en riesgo; 3) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.</p>

País	Necesidades	Oportunidades de acción integral
<p>Santa Lucía</p>	<p>Mapeo: mapeo de geohelminCIAS y esquistosomiasis a nivel nacional y subnacional</p> <p>Sistema de información: mejorar los sistemas de información para datos de desparasitación.</p> <p>Acciones integrales: diseñar un plan integral de lucha contra las EID (eliminación de esquistosomiasis y control de geohelminCIAS)</p>	<p>1) Coordinar acciones con la Fundación para la Investigación y Educación de las Islas Windward y la Universidad de St. George, Granada, para la encuesta sobre geohelminCIAS y esquistosomiasis y la implementación del plan de eliminación de la esquistosomiasis y el control de las geohelminCIAS, y 2) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.</p>
<p>Surinam</p>	<p>Acciones integrales: 1) diseñar un plan integral de lucha contra las EID (eliminación de esquistosomiasis y control de geohelminCIAS) basado en los resultados del estudio nacional; 2) fortalecer la capacidad de los laboratorios para enfermedad de Chagas y otras EID, y 3) asegurar el acceso rápido a los medicamentos empleados para tratar la esquistosomiasis y la enfermedad de Chagas</p> <p>Sistema de información: mejorar el sistema de información en cuanto a los datos de geohelminCIAS.</p>	<p>1) Implementar un plan integral para la eliminación de la esquistosomiasis y el control de geohelminCIAS a nivel nacional y subnacional ajustado a los resultados del estudio realizado en 2010; 2) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud, y 3) impulsar la colaboración entre Surinam y Guyana para la vigilancia de la FL y el control de vectores en la frontera.</p>

3.2.2. Países del Grupo 2: países que requieren de la cooperación técnica para mejorar las acciones interprogramáticas e intersectoriales e incluir las geohelmintiasis en las acciones integrales contra las EID

El Grupo 2 incluye seis países: Belice, Colombia, El Salvador, Honduras, Panamá y Venezuela.

Cuadro 9. Cobertura de saneamiento y población en riesgo en los países del Grupo 2.

País	Cobertura de acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento (2006) Porcentaje*			Población en riesgo (población sin acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento)**	
	Total	Urbana	Rural	Preescolar	Escolar
Belice	47%	71%	25%	28.944	71.642
Colombia	78%	85%	58%	788.174	1.939.432
El Salvador	94%	99%	90%	28.572	82.904
Honduras	66%	78%	55%	260.233	621.158
Panamá	93%	98%	83%	19.328	46.640
Venezuela	-	-	-	2.332.960	5.597.078
TOTAL				3.458.211	8.358.854

*Organización Panamericana de la Salud, Información y Análisis de Salud: Situación de Salud de las Américas: Indicadores Básicos 2009. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2009.

**Datos poblacionales de Naciones Unidas. Rev. 2008. Se usaron para hacer las estimaciones de población a riesgo en edad pre-escolar y escolar.

(-) Para estos países no fueron publicados datos de cobertura de acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento, por lo tanto se asumió que toda la población pre-escolar y escolar está a riesgo.

Las mayores brechas en el acceso al saneamiento mejorado se encuentran en las áreas rurales de todos los países de este grupo (cuadro 9).

Este grupo tiene 26,8 y 26,1% de la población preescolar y escolar en riesgo por HTS, respectivamente.

HelminCIAS transmitidas por el contacto con el suelo (geohelmintiasis)

Todos los países de este grupo han reportado actividades de desparasitación (cuadro 10). Dichas actividades se han concentrado en la población escolar. Los reportes de desparasitación no siempre están desagregados por grupos de edad y, por lo tanto, se ha asumido que la información corresponde a la población escolar tratada, lo que puede estar causando sobreestimación de los datos de cobertura en escolares. Así mismo, habría errores debidos al conteo doble de las actividades de desparasitación por parte de las ONG,

OBF y agencias, que pueden haberse reflejado en los datos del 2009, en los que la cobertura se estimó en la población en riesgo por lo que las cifras de algunos países sobrepasan el 100%.

Cuadro 10. Cobertura de desparasitación en población en edad preescolar y en edad escolar 2005-2009 en los países del Grupo 2

País	HELMINTIASIS TRANSMITIDAS POR EL SUELO									
	Cobertura de desparasitación en preescolares					Cobertura de desparasitación en escolares				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Belice	0,0%	59,0%	0,0%	0,0%	65,9%	6,7%	55,1%	42,1%	7,0%	80,9%
Colombia	-	-	-	1,1%	0,0%	-	-	-	4,8%	77,3%
El Salvador	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	40,0%	59,0%	4,0%	38,9%	1475,2%
Honduras		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%		76,0%	15,4%	26,8%	215,1%
Panamá	17,1%	0,0%	34,9%	8,3%	497,07%	0%	84,2%	12,4%	25,8%	780,2%
Venezuela	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-	1,4%	1,9%	0,6%	0,5%	-
TOTAL	1,5%	0,4%	2,6%	0,8%	10,2%	8,8%	30,7%	5,1%	9,1%	162,3%

*Los datos del 2009 en población preescolar y escolar fueron estimados por la OPS con base en la población en riesgo.

Entre el 2005 y el 2009, los países con mayor información sobre las actividades de desparasitación fueron Belice, Panamá y Honduras (cuadro 10). En el 2009, este grupo de países reportó 115.159 preescolares tratados (cobertura de 10,2%) y escolares 4.481.359 (cobertura de 162,3%) (Cuadros 10 y 12). Entre el 2008 y el 2009, hubo un aumento en los porcentajes de cobertura debido al cambio en el cálculo del número de preescolares y escolares a riesgo; para el 2009, la estimación realizada para el presente informe se basó en la población en riesgo (es decir, la población sin acceso a saneamiento mejorado). El mayor esfuerzo en la desparasitación se ha realizado en la población escolar (figuras 9 y 10).

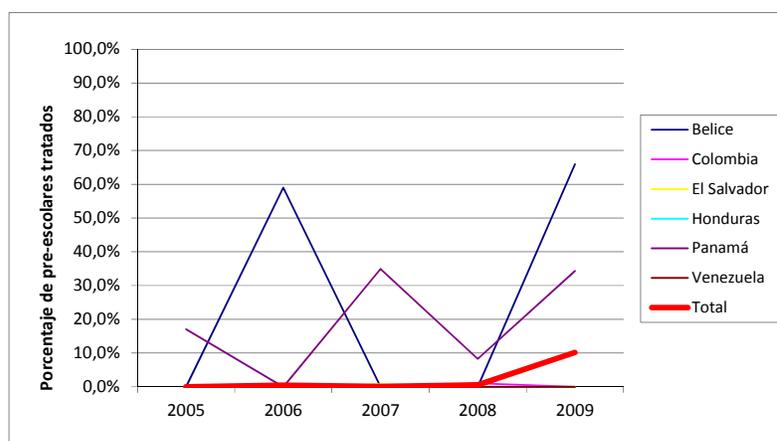


Figura 9. Coberturas de desparasitación en niños en edad preescolar en Belice, Colombia, El Salvador, Honduras, Panamá y Venezuela, 2005-2009

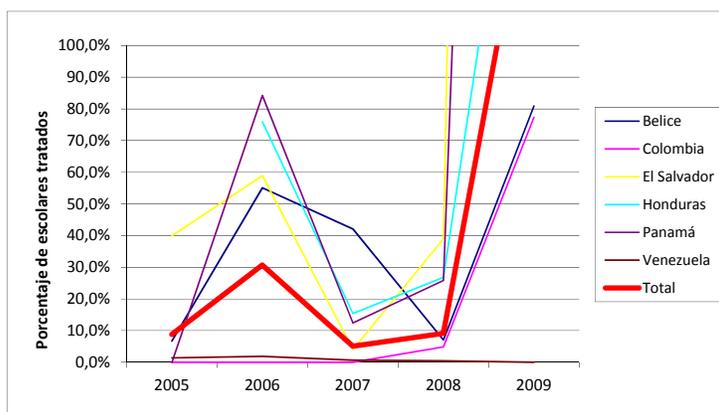


Figura 10. Coberturas de desparasitación en niños en edad escolar en Belice, Colombia, El Salvador, Honduras, Panamá y Venezuela, 2005-2009

En cinco de los países hay información proveniente de las ONG, OBF y otros colaboradores en las actividades de desparasitación (cuadro 11). El reporte de actividades de desparasitación de las ONG y OBF para este grupo de países ha ido en aumento desde el 2005. Las cifras son mayores en El Salvador y Honduras. En el 2008 y el 2009, la proporción de reportes de las ONG y OBF es mayor (78 y 59%, respectivamente) debido al reporte de Colombia. En este caso, El Ministerio de la Protección Social de Colombia no cuenta con un sistema de información para coberturas de desparasitación, pero sí lleva a cabo actividades en este sentido; sin embargo, el único reporte que se tiene es el de una ONG internacional. En este grupo de países, 115.159 niños en edad preescolar y 4.481.359 en edad escolar fueron desparasitados en el 2009 (cuadro 12).

Cuadro 11. Colaboradores en las actividades de desparasitación en los países del Grupo 2.

País	Colaboradores en las actividades de desparasitación
1 Belice	Vitamin Angels, Wow NOW y Ministerio de Salud
2 Colombia	Operation Blessing International/Global Humanitaria/Metrosalud/Programa Mundial de Alimentos
3 El Salvador	MS/Programa Escuelas saludables, Vitamin Angels, Operation Blessing International, Fundación salvadoreña, Direct Relief International, FUEM
4 Honduras	World Vision, Programa Mundial de Alimentos, Vitamin Angels, Wow NOW, MS/Programa escuelas saludables, Operation Blessing International, Save The Children, Proyecto Aldea Global, Direct Relief International
5 Panamá	Wow Now y la Fundación Pro Niños del Darién reciben o distribuyen los tratamientos suministrados por el MS

Dos países de este grupo han reportado estudios de prevalencia de geohelminthos a nivel nacional. Los datos más recientes disponibles son los siguientes: Colombia en 1980, 37,5% y Venezuela en 2007, 18,84%. Ni El Salvador ni Panamá cuentan con informes sobre prevalencia de geohelminthos en ningún nivel de desagregación; sin embargo, el Ministerio de Salud de Panamá ha informado datos de consultas por parasitismo intestinal desagregados por sexo y edad para 2009. Los datos aquí incluidos provienen de las bases de datos elaboradas por la OPS para el estudio sobre los perfiles epidemiológicos de las enfermedades desatendidas y otras infecciones asociadas con la pobreza en ALC publicado en el 2009. Los datos sobre prevalencia en el primer y segundo nivel subnacional pueden consultarse en el anexo 1. Al revisar las acciones interprogramáticas en los países de este grupo, se encuentra que Honduras y Belice administran vitamina A durante las campañas de inmunización.

Cuadro 12. Número total de niños en edad preescolar y en edad escolar tratados, 2005-2009, y proporción de tratados informada por las ONG, la OBF o agencias en los países del Grupo 2.

PAÍS	2005			2006			2007			2008			2009		
	Pre-escolares tratados	Escolares tratados	Reporte de ONG, OBF o agencias	Pre-escolares tratados	Escolares tratados	Reporte de ONG, OBF o agencias	Pre-escolares tratados	Escolares tratados	Reporte de ONG, OBF o agencias	Pre-escolares tratados	Escolares tratados	Reporte de ONG, OBF o agencias	Pre-escolares tratados	Escolares tratados	Reporte de ONG, OBF o agencias
Belice	-	4.737	4.737	17.057	39.109	-	-	30.000	-	-	5.000	5.000	19.085	57.949	5.000
Colombia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37.741	425.466	306.207	-	1.500.000	1.500.000
El Salvador	-	596.125	-	-	870.163	308.255	4.000	58.255	62.255	-	552.000	552.000	-	1.223.000	1.223.000
Honduras	-	-	-	-	1.374.758	1.100.000	-	279.920	5.300	-	488.594	488.594	-	1.336.334	7.750
Panamá	46.731	-	-	-	534.337	-	96.716	80.685	1.000	23.226	169.800	0	96.074	364.076	0
Venezuela	-	74.654	-	-	102.131	-	-	35.344	-	-	25.250	-	-	-	-
Total	46.731	675.516	4.737	17.057	2.920.498	1.408.255	100.716	484.204	68.555	60.697	1.666.110	1.351.801	115.159	4.481.359	2.735.750
Proporción reportada por ONG, OBF o agencias	0,66%			47,94%			11,72%			78,27%			59,52%		

Esquistosomiasis, tracoma y oncocercosis en los países del Grupo 2

En este grupo de países, Colombia presenta un foco de oncocercosis que se encuentra en el tercer año de vigilancia postratamiento, y en el 2006 su prevalencia fue de 0% (población afro-colombiana en el municipio de López de Micay). Venezuela tiene tres focos: un foco en el sur (24,4% de prevalencia en 2001), un foco en el noreste (4% de prevalencia en 2006) y un foco en el centro-norte (1,7% de prevalencia en 2005) (figura 5); Venezuela ha informado coberturas de tratamiento de más de 85% desde el 2003 (cuadro 13). En noviembre 2010 se verificó la interrupción de la transmisión en el foco centro-norte de Venezuela, por lo cual se suspenderá el tratamiento con Mectizan® en este foco a partir de 2011. Los esfuerzos para eliminar la oncocercosis están siendo encabezados por los respectivos MS con la OEPA.

Venezuela también presenta focos de esquistosomiasis en los estados de Vargas, Aragua y Carabobo (13,5% de prevalencia entre 1998 y 2000) (cuadro 13 y figura 4); no hay información disponible sobre la cobertura del tratamiento, pero la OPS ha suministrado praziquantel al MS por solicitud de éste.

Recientemente se publicó en Colombia un estudio informando sobre la presencia de tracoma en comunidades indígenas del departamento del Vaupés (fronterizo con Brasil) en el 2007. El estudio describe evidencia clínica de tracoma en 18,4% de las personas examinadas (114 en total). Este es el primer informe de tracoma en Colombia; sin embargo, se requiere de mayor información, incluida la confirmación microbiológica y la vigilancia en esta área²¹.

²¹ **Miller H, Gallego G, Rodríguez G.** Evidencia clínica de tracoma en indígenas colombianos del departamento de Vaupés. *Biomédica*. 2010;30(3).

Cuadro 13. Datos sobre prevalencia y cobertura del tratamiento de esquistosomiasis, oncocercosis, filariasis linfática y tracoma en los países del Grupo 2.

PAÍS	DATOS SOBRE PREVALENCIA Y COBERTURA DE AMM			
	ESQUISTOSOMIASIS	ONCOCERCOSIS	FILARIASIS LINFÁTICA	TRACOMA
Belice	NA	NA	NA	NA
Colombia	NA	Prevalencia: la prevalencia cayó de 39% en 1995 a 0% en 2006. El único foco se encuentra en una comunidad con población afro-colombiana (López de Micay en el departamento del Cauca), el cual actualmente está en su tercer y último año de vigilancia postratamiento	NA	Prevalencia: se encontró evidencia clínica en población indígena de departamento de Vaupés en 2007 (publicada en octubre de 2010) Cobertura del tratamiento: sin datos disponibles
El Salvador	NA	NA	NA	NA
Honduras	NA	NA	NA	NA
Panamá	NA	NA	NA	NA
Venezuela	Prevalencia: 13,5% en los estados de Vargas, Aragua y Carabobo (1998-2000). Cobertura del tratamiento: no hay información sobre cobertura del tratamiento	Prevalencia: 24,4% en el foco sur (2001); 4% en el foco del noreste (2006); 1.7% en el foco centro norte (2005). Cobertura del tratamiento: desde el 2003 la cobertura del tratamiento está sobre 85%	NA	NA

Cuadro 14. Necesidades y oportunidades de acción integral para el control y eliminación de las EID en los países del Grupo 2: Colombia, El Salvador, Honduras, Belice, Panamá, Venezuela.

País	Necesidades	Oportunidades de acción integral
Belice	<p>Mapeo: remapeo de geohelminthiasis a nivel nacional y subnacional</p> <p>Acciones integrales: definir una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo (incluyendo abogacía ante el MS)</p> <p>Coordinación: fortalecer la capacidad del MS para coordinar acciones con las ONG y OBF.</p>	<p>1) Integrar la desparasitación con las campañas de inmunización o de nutrición/micronutrientes en niños de un año y mayores; 2) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud, y 3) enlazar la vigilancia de geohelminthiasis con la vigilancia del vector de la enfermedad de Chagas</p>
Colombia	<p>Mapeo: remapeo de geohelminthiasis a nivel nacional y subnacional</p> <p>Acciones integrales: definir una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo (incluyendo abogacía ante el MPS)</p> <p>Sistema de información: mejorar los sistemas de información para la captura de datos sobre desparasitación</p> <p>Coordinación: fortalecer la capacidad del MPS para coordinar acciones con las ONG y OBF.</p> <p>Monitoreo y sistema de vigilancia: investigar el foco de tracoma informado en población indígena del departamento del Vaupés y definir acciones integrales</p>	<p>1) Promover un estudio sobre prevalencia e intensidad de la infección en niños en edad escolar como proyecto demostrativo del mapeo de geohelminthiasis; 2) integrar acciones en el marco del proyecto de la ACIDI/ CIDA en población indígena para introducir la desparasitación y el manejo integral de vectores; 3) incluir las acciones contra las EID en la Estrategia de Cooperación de País; 4) apoyar la integración de acciones con las estrategias AIEPI, “Rostros, voces y lugares” y el programa de inmunización como ventana de oportunidad para la implementación de una estrategia nacional de control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo focalizada en la población en riesgo; 5) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud, y 6) integrar acciones con otras EID como la enfermedad de Chagas, la malaria, la leishmaniasis y las geohelminthiasis en las zonas de riesgo.</p>

País	Necesidades	Oportunidades de acción integral
El Salvador	<p>Mapeo: remapeo de geohelmintiasis a nivel nacional y subnacional</p> <p>Acciones integrales: 1) definir una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo (incluyendo abogacía ante el MS); 2) mejorar la cobertura de desparasitación en población preescolar</p> <p>Sistema de información: mejorar los sistemas de información para la captura de datos sobre desparasitación</p> <p>Coordinación: fortalecer la capacidad del MS para coordinar acciones con las ONG y OBF.</p>	<p>1) Apoyar la integración de acciones con las estrategias AIEPI, “Rostros, voces y lugares”, los programas de nutrición, escuelas saludables e inmunización como ventana de oportunidad para la implementación de una estrategia nacional de control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo focalizada en la población en riesgo; 2) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.</p>
Honduras	<p>Mapeo: remapeo de geohelmintiasis a nivel nacional y subnacional</p> <p>Acciones integrales: 1) definir una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo (incluyendo abogacía ante el MS); 2) mejorar la cobertura de desparasitación en población preescolar</p> <p>Sistema de información: mejorar los sistemas de información para la captura de datos sobre desparasitación</p> <p>Coordinación: fortalecer la capacidad del MS para coordinar acciones con las ONG y OBF.</p>	<p>1) Apoyar el plan nacional de lucha contra las EID (dengue, malaria, enfermedad de Chagas, leishmaniasis y geohelmintiasis); 2) apoyar la integración de acciones con las estrategias AIEPI y los programas de escuelas saludables y nutrición como ventana de oportunidad para la implementación de una estrategia nacional de control integral de helmintos transmitidos por el suelo focalizada en la población en riesgo; 3) incluir las acciones contra las EID en la Estrategia de Cooperación de País; 4) apoyar e incorporar las actividades de desparasitación en las funciones generales de servicios en salud del Ministerio de Salud; 5) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.</p>
Panamá	<p>Mapeo: mapeo de geohelmintiasis a nivel nacional y subnacional</p>	<p>1) Integrar acciones con el programa de nutrición y la estrategia de manejo integral de vectores; 2) planear e implementar</p>

País	Necesidades	Oportunidades de acción integral
	<p>Acciones integrales: definir una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo (incluyendo la abogacía ante el MS)</p> <p>Sistema de información: mejorar los sistemas de información para la captura de datos sobre desparasitación</p> <p>Coordinación: fortalecer la capacidad del MS para coordinar acciones con las ONG y OBF.</p>	<p>acciones integrales con otros sectores y programas de salud (por ej., vigilancia de Chagas y leishmaniasis).</p>
<p>Venezuela</p>	<p>Mapeo: mapeo de geohelmintiasis y esquistosomiasis a nivel nacional y subnacional</p> <p>Acciones integrales: 1) diseñar un plan integral de lucha contra las EID (eliminación de esquistosomiasis y control de geohelmintiasis); 2) apoyar la eliminación de la oncocercosis en los tres focos, y 3) mejorar la cobertura de desparasitación en población preescolar</p> <p>Sistema de información: mejorar los sistemas de información para la captura de datos sobre desparasitación</p>	<p>1) Abogacía ante el Ministerio de Salud para promover la integración entre las acciones de lucha contra la esquistosomiasis y las geohelmintiasis; 2) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud, y 3) introducir el control de geohelmintos en el programa de vigilancia postratamiento de la oncocercosis.</p>

3.2.3. Países del Grupo 3: países que requieren de la cooperación técnica para enfocar sus actividades contra las EID a nivel local y en las áreas rurales

El Grupo 3 incluye tres países: Nicaragua, Argentina y Paraguay. Nicaragua presenta una gran brecha de acceso a saneamiento mejorado tanto en las áreas urbanas como rurales (cuadro 15); el país cuenta con una experiencia importante de actividades de desparasitación en preescolares y escolares conjugadas con las campañas de inmunización y existe una gran oportunidad para compartir esta experiencia con otros países con el objetivo de incentivar las acciones interprogramáticas.

Argentina y Paraguay comparten frontera en la región de El Chaco donde las condiciones epidemiológicas, eco-biológicas y socioeconómicas constituyen un gran desafío para el control, prevención y tratamiento de las EID (Bolivia, aunque se le incluye en el Grupo 1, también tiene frontera en la región de El Chaco). Paraguay tiene una gran brecha en el acceso al saneamiento mejorado en las zonas rurales (cuadro 15).

Cuadro 15. Cobertura de saneamiento y población en riesgo en los países del Grupo 3.

País	Cobertura de acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento (2006) Porcentaje*			Población en riesgo (población sin acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento)**	
	Total	Urbana	Rural	Preescolares	Escolares
Argentina	91%	92%	83%	241.719	606.642
Nicaragua	48%	57%	34%	279.339	695.632
Paraguay	70%	89%	42%	176.837	425.667
TOTAL				697.895	1.727.941

*Organización Panamericana de la Salud, Información y Análisis de Salud: Situación de Salud de las Américas: Indicadores Básicos 2009. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2009.

**Datos poblacionales de Naciones Unidas. Rev. 2008. Se usaron para hacer las estimaciones de población a riesgo en edad pre-escolar y escolar.

(-) Para estos países no fueron publicados datos de cobertura de acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento, por lo tanto se asumió que toda la población pre-escolar y escolar está a riesgo.

Este grupo tiene 5,4% de la población preescolar y escolar en riesgo en América Latina y el Caribe para sufrir infecciones por geohelminetos.

HelminCIAS transmitidas por el contacto con el suelo (geohelminetos)

Sólo Nicaragua ha venido informando regularmente sobre sus actividades de desparasitación tanto en población preescolar como escolar desde 2005. Argentina comenzó a informar sobre tales actividades en escolares en 2007 y Paraguay no ha reportado ninguna actividad de desparasitación (cuadro 16).

Cuadro 16. Cobertura de desparasitación en población en edad preescolar y en edad escolar 2005-2009 en los países del Grupo 3.

País	HELMINTIASIS TRANSMITIDAS POR EL SUELO									
	Cobertura de desparasitación en preescolares					Cobertura de desparasitación en escolares				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Nicaragua	98,9%	100,9%	82,8%	95,5%	44,8%	64,9%	148,0%	91,3%	82,9%	290,5%
Argentina	0%	-	0%	-	-	8%	-	19,4%	-	-
Paraguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*Los datos del 2009 relativos a población preescolar y escolar se estimaron sobre la población en riesgo.

El conteo doble de actividades de desparasitación reportadas por parte de las ONG, OBF y agencias podría reflejarse en los datos del 2009 cuando la cobertura se estimó sobre la población en riesgo, por lo que las cifras de Nicaragua están por encima del 100% (cuadro 16).

Argentina y Nicaragua tienen informes de actividades de desparasitación reportados por las ONG, las OBF y otros colaboradores (cuadro 17). En Nicaragua la contribución de las ONG y las OBF es importante: en el 2008 fue de 92,5% y en el 2009 de 33,9%. Sin embargo, el Ministerio de Salud coordina el trabajo de las ONG y las OBF. En el 2009, Nicaragua reportó 125.000 preescolares tratados y 2.020.757 escolares (cuadro 18).

Cuadro 17. Colaboradores en las actividades de eliminación de helmintos en los países del Grupo 3.

País	Colaboradores en actividades de eliminación de helmintos
1 Nicaragua	MS/World Vision, MEDPHARM, World Concern, Vitamin Angels, Wow Now, Food for the Hungry, Save The Children, MS con Children Without Worms, American Nicaraguan Foundation, Direct Relief International, Operation Blessing International
2 Argentina	Fundación Mundo Sano (ONG) y Ministerio de Salud

Ninguno de los tres países ha informado estudios nacionales de prevalencia de geohelmintiasis. Argentina tiene datos de prevalencia de geohelmintos en nueve regiones en el 2005 (rango de 6 a 31% de prevalencia) y Nicaragua en cuatro regiones en el mismo año (rango de 23,46 a 92% de prevalencia) (anexo 1). Estos datos provienen de las bases de datos del estudio publicado en el 2009 por la OPS sobre Perfiles epidemiológicos de las enfermedades desatendidas y otras infecciones asociadas con la pobreza en América Latina y el Caribe.

Nicaragua ha venido realizando campañas nacionales de desparasitación en niños y ha aplicado mebendazol en campañas conjuntas con el programa de inmunizaciones. El impacto de este enfoque colaborativo requiere de evaluación.

Cuadro 18. Número total de niños en edad preescolar y en edad escolar tratados, 2005-2009, y proporción de tratados informada por las ONG, las OBF o agencias en los países del Grupo 3.

PAÍS	2005			2006			2007			2008			2009		
	Pre-escolares tratados	Escolares tratados	Reporte de las ONG, OBF o agencias	Pre-escolares tratados	Escolares tratados	Reporte de las ONG, OBF o agencias	Pre-escolares tratados	Escolares tratados	Reporte de las ONG, OBF o agencias	Pre-escolares tratados	Escolares tratados	Reporte de las ONG, OBF o agencias	Pre-escolares tratados	Escolares tratados	Reporte de las ONG, OBF o agencias
Argentina	-	554.545	-	-	-	-	-	1.320.000	-	-	-	-	-	-	-
Nicaragua	529.727	902.347	-	538.002	2.043.348	350.000	441.000	1.248.821	444.500	510.579	1.120.445	1.509.400	125.000	2.020.757	726.900
Paraguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	529.727	1.456.892	0	538.002	2.043.348	350.000	441.000	2.568.821	444.500	510.579	1.120.445	1.509.400	125.000	2.020.757	726.900

Cuadro 19. Necesidades y oportunidades de acción integral para el control y eliminación de las EID en los países del Grupo 3: Nicaragua, Argentina y Paraguay.

País	Necesidades	Oportunidades de acción integral
Argentina	<p>Mapeo: remapeo de geohelmintiasis a nivel nacional y subnacional.</p> <p>Acciones integrales: mejorar la cobertura de la desparasitación con énfasis en la población rural.</p> <p>Sistema de información: mejorar los sistemas de información para incluir los datos de las actividades de desparasitación.</p>	<p>1) Integrar acciones con estrategias tales como la AIEPI, “Rostros, voces y lugares” y programas de nutrición para combatir las EID;</p> <p>2) integrar acciones en la región de El Chaco con Bolivia y Paraguay, y 3) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas o iniciativas de salud como por ejemplo el proyecto Mundo Sano orientado a la lucha contra los geohelminos y <i>Strongyloides</i> en Oran, Salta (Argentina).</p>
Nicaragua	<p>Mapeo: mapeo de geohelmintiasis a nivel nacional y subnacional con el fin de evaluar el impacto de las actividades de desparasitación.</p> <p>Acciones integrales: 1) diseñar un plan nacional integral de lucha contra las EID, y 2) focalizar las</p>	<p>1) Establecer la cooperación entre Nicaragua y otros países en Centro y Suramérica para compartir y extender la experiencia de desparasitación en el marco del programa de inmunizaciones; 2) coordinar con el BID en áreas que tengan proyectos de agua y saneamiento con el fin de evaluar el impacto de la</p>

País	Necesidades	Oportunidades de acción integral
	<p>actividades en las zonas rurales para el control de las geohelmintiasis.</p> <p>Monitoreo y sistema de vigilancia: evaluar el impacto del programa nacional de desparasitación</p>	<p>desparasitación en Nicaragua, y 3) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.</p>
Paraguay	<p>Mapeo: mapeo de geohelmintiasis a nivel nacional y subnacional</p> <p>Acciones integrales: 1) diseñar un plan nacional integral de lucha contra las EID, y 2) definir una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo (incluyendo abogacía ante el MS)</p> <p>Sistema de información: mejorar los sistemas de información para capturar los datos de las actividades de desparasitación</p>	<p>1) Apoyar la integración de acciones con estrategias como “Rostros, voces y lugares”, AIEPI y el manejo integral de vectores con énfasis en la población indígena; 2) integrar acciones en la región de El Chaco con Bolivia y Argentina, y 3) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.</p>

3.2.4. Países del Grupo 4: países que requieren de la cooperación técnica para el monitoreo y la evaluación

El Grupo 4 incluye 13 países: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Granada, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y Las Granadinas, Trinidad y Tobago y Uruguay.

Cuadro 20. Cobertura de saneamiento y población en riesgo en los países del Grupo 4.

País	Cobertura de acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento (2006) Porcentaje*			Población en riesgo (población sin acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento)**	
	Total	Urbana	Rural	Preescolares	Escolares
Antigua y Barbuda	95%	98%	94%	312	787
Bahamas	100%	100%	100%	0	0
Barbados	99%	99%	100%	113	301
Chile	94%	97%	74%	59.191	156.485
Costa Rica	96%	96%	95%	12.043	32.481
Cuba	98%	99%	95%	9.669	27.757
Dominica	-	-	-	4.747	11.969
Granada	97%	96%	97%	227	577
Jamaica	83%	82%	84%	34.131	92.904
Saint Kitts y Nevis	96%	96%	96%	147	372
San Vicente y las Granadinas	-	-	96%	295	802
Trinidad & Tobago	92%	92%	92%	6.002	14.567
Uruguay	98%	93%	98%	3.967	10.339
TOTAL				130.844	349.341

*Organización Panamericana de la Salud, Información y Análisis de Salud: Situación de Salud de las Américas: Indicadores Básicos 2009. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2009.

**Datos poblacionales de Naciones Unidas. Rev. 2008. Se usaron para hacer las estimaciones de población a riesgo en edad pre-escolar y escolar.

(-) Para estos países no fueron publicados datos de cobertura de acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento, por lo tanto se asumió que toda la población pre-escolar y escolar está a riesgo.

En general, estos países tienen altos niveles de acceso a servicios mejorados de saneamiento, aunque hay algunas brechas en zonas rurales de Jamaica, Dominica y Chile (cuadro 20).

Este grupo tiene 1,03 y 1,1% de la población preescolar y escolar en riesgo en América Latina y el Caribe de sufrir infecciones por geohelminthos

Helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo (geohelminCIAS)

Los informes sobre las actividades de desparasitación en estos países son pocos o inexistentes (cuadro 21).

Cuadro 21. Cobertura de desparasitación en población en edad preescolar y en edad escolar 2005-2009 en los países del Grupo 4.

País	HELMINTIASIS TRANSMITIDAS POR EL SUELO									
	Cobertura de desparasitación en preescolares					Cobertura de eliminación de helmintos *desparasitación en escolares				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chile	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	0,0%	0,0%	-	-	-	17,8%	13,3%	-	-	-
Cuba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	-	-	-	0,0%	1,6%	-	-	-	0,2%	0,4%
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y Las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad & Tobago	0,0%	-	-	-	-	0,1%	-	-	-	-
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*Los datos de cobertura del 2009 en población preescolar y escolar se estimaron sobre la población en riesgo.

Para el 2008 y el 2009 hubo informes sobre actividades de desparasitación en Jamaica por parte de dos ONG: Wow Now y Vitamin Angels. Para el 2009, Jamaica reportó 556 preescolares y 350 escolares tratados.

En este grupo, solo Costa Rica ha informado datos de prevalencia de las geohelminCIAS a nivel nacional: 4,63% (niños de 1 a 6 años de edad en 1996); 8,21% (niños de 7 a 12 años en 1996); 3,88% (mujeres de 15 a 44 años de edad en 1996), y 5,08% (prevalencia nacional en 1996). Cuba ha informado sobre prevalencia de geohelminCIAS a nivel

subnacional. Estos datos provienen de las bases de datos del estudio de la OPS publicado en el 2009 sobre Los perfiles epidemiológicos de las enfermedades desatendidas y otras infecciones asociadas con la pobreza en América Latina y el Caribe. Los datos sobre prevalencia en el primer y segundo nivel subnacional pueden consultarse en el anexo 1.

Existen oportunidades para el trabajo interprogramático en Antigua y Barbuda y en Dominica, donde las actividades de salud en las escuelas se realizan durante las campañas de inmunización.

Cuadro 22. Necesidades y oportunidades de acción integral para el control y eliminación de las EID en los países del Grupo 4: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Granada, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y Las Granadinas.

País	Necesidades	Oportunidades de acción integral
Antigua y Barbuda	Acciones integrales contra las geohelmintiasis: 1) mejorar el sistema de información para capturar los datos sobre acciones de desparasitación; 2) debido a los bajos índices de población en riesgo, no es costo efectivo realizar campañas masivas de desparasitación sino tratamientos individuales de las geohelmintiasis. En consecuencia, los datos sobre dichas actividades deberán reportarse desde los centros de salud.	1) Integrar las acciones de desparasitación con las campañas de inmunización centrándose en las áreas de riesgo de infecciones por geohelminos niños a partir del año de edad, y 2) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.
Bahamas	Acciones integrales contra las geohelmintiasis: 1) mejorar las bases de datos sobre acciones de desparasitación; 2) debido a los bajos índices de población en riesgo, no es costo efectivo realizar campañas masivas de eliminación de helmintos sino tratamientos individuales de las geohelmintiasis. En consecuencia, los datos sobre dichas actividades deberán reportarse desde los centros de salud.	Planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.
Barbados	Acciones integrales contra las geohelmintiasis: 1) mejorar las bases de datos sobre acciones de desparasitación; 2) debido a los bajos índices de población en riesgo, no es costo efectivo realizar campañas masivas de desparasitación sino tratamientos individuales de las geohelmintiasis. En consecuencia, los datos sobre dichas actividades deberán reportarse desde los centros de salud.	Planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.

País	Necesidades	Oportunidades de acción integral
Chile	<p>Monitoreo y sistema de vigilancia: identificar la población en riesgo (zonas rurales) para enfocarse en: 1) mapeo de las geohelmintiasis y tratamiento en población en riesgo; 2) mapeo de fasciola y equinococo (en animales y humanos) para analizar superposición y tomar decisiones basadas en la evidencia. Si se encuentra superposición con geohelmintiasis, incluir las actividades de desparasitación en las zonas en riesgo, y 3) reportar los datos sobre las actividades de desparasitación desde los centros de salud.</p>	<p>1) Apoyar la integración de acciones con las estrategias AIEPI y “Rostros, voces y lugares” como ventana de oportunidad para implementar una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto suelo centrada en la población en riesgo, y 2) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud</p>
Costa Rica	<p>Monitoreo y sistema de vigilancia: 1) identificar la población en riesgo (zonas rurales) para enfocarse en el mapeo de geohelmintiasis y aplicar tratamiento a la población en riesgo; 2) mejorar las bases de datos sobre actividades de desparasitación, y 3) apoyar la certificación sobre la eliminación de la filariasis linfática en Puerto Limón.</p>	<p>1) Incluir las acciones contra las EID en la Estrategia de Cooperación de País; 2) apoyar la integración de acciones con estrategias como AIEPI, “Rostros, voces y lugares” y el programa de inmunizaciones como ventana de oportunidad para implementar una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo, y 3) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.</p>
Cuba	<p>Monitoreo y sistema de vigilancia: 1) identificar la población en riesgo para enfocarse en el mapeo de geohelmintiasis y fasciola y aplicar tratamiento a la población en riesgo; 2) mejorar las bases de datos sobre las actividades de desparasitación, y 3) capturar los datos sobre las actividades de desparasitación desde los centros de salud.</p>	<p>1) Apoyar la integración de acciones con la estrategia AIEPI, “Rostros, voces y lugares” y el programa de inmunizaciones como ventana de oportunidad para implementar una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo en la población en riesgo, y 2) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.</p>
Dominica	<p>Monitoreo y sistema de vigilancia: 1) identificar la</p>	<p>1) Apoyar la integración de acciones con la estrategia</p>

País	Necesidades	Oportunidades de acción integral
	<p>población en riesgo para enfocarse en el mapeo de geohelmintiasis y fasciola y aplicar tratamiento a la población en riesgo; 2) mejorar las bases de datos sobre las actividades de desparasitación, y 3) reportar los datos sobre las actividades de desparasitación desde los centros de salud.</p>	<p>AIEPI, “Rostros, voces y lugares” y el programa de inmunizaciones como ventana de oportunidad para implementar una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo en la población en riesgo, y 2) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.</p>
<p>Granada</p>	<p>Monitoreo y sistema de vigilancia: 1) mejorar las bases de datos sobre acciones de desparasitación; 2) debido a los bajos índices de población en riesgo, no es costo efectivo realizar campañas masivas de desparasitación sino tratamientos individuales de las geohelmintiasis. En consecuencia, los datos sobre dichas actividades deberán recolectarse desde los centros de salud.</p>	<p>1) Planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud, y 2) realización del estudio nacional sobre geohelmintiasis por parte de la Universidad de St. George/WINDREF.</p>
<p>Jamaica</p>	<p>Mapeo: 1) mapeo de geohelmintiasis a nivel nacional y subnacional Acciones integrales: 1) definir una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo (incluyendo abogacía ante el MS) Sistema de información: 1) mejorar los sistemas de información para recolectar los datos sobre actividades de desparasitación, y 2) capturar datos sobre desparasitación y obstrucción por áscaris intestinal en los centros de salud. Coordinación: fortalecer la capacidad del MS para coordinar acciones con las ONG y las OBF.</p>	<p>1) Apoyar la integración de acciones con la estrategia AIEPI, “Rostros, voces y lugares” y los programas de nutrición como ventana de oportunidad para implementar una estrategia nacional para el control integral de helmintos transmitidos por el contacto con el suelo en la población en riesgo, y 2) planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.</p>

País	Necesidades	Oportunidades de acción integral
Saint Kitts y Nevis	Monitoreo y sistema de vigilancia: 1) capturar los datos sobre desparasitación en las instituciones de salud, y 2) debido a los bajos índices de población en riesgo, no es costo efectivo realizar campañas masivas de desparasitación sino tratamientos individuales de las geohelmintiasis.	Planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.
San Vicente y Las Granadinas	Monitoreo y sistema de vigilancia: 1) mejorar los sistemas de información para recoger los datos sobre actividades de desparasitación, y 2) debido a los bajos índices de población en riesgo, no es costo efectivo realizar campañas masivas de desparasitación sino tratamientos individuales de las geohelmintiasis.	Planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.
Trinidad & Tobago	Monitoreo y sistema de vigilancia: 1) debido a los bajos índices de población en riesgo, no es costo efectivo realizar campañas masivas de desparasitación sino tratamientos individuales de las geohelmintiasis. En consecuencia, los datos sobre dichas actividades deberán recolectarse desde los centros de salud, y 2) apoyar la certificación de eliminación de la FL	Planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.
Uruguay	Monitoreo y sistema de vigilancia: 1) identificar la población en riesgo (áreas suburbanas) para enfocarse en las geohelmintiasis; 2) conocer la importancia de la transmisión de fascioliasis en humanos a través de metacercarias, y 3) recolectar los datos sobre desparasitación en las instituciones de salud.	Planear e implementar acciones integrales con otros sectores y programas de salud.

3.3. Acciones apoyadas por la OPS en ALC para el control y eliminación de las EID, 2009-2010

Son cinco las líneas de acción en torno a las cuales la OPS ha centrado su apoyo a los países para lograr las metas en salud pública en el marco de la Resolución CD49.R19:

1. Abogacía, movilización social y movilización de recursos incluida la investigación operativa;
2. Cooperación técnica en los países para desarrollar planes de acción integrales nacionales y subnacionales contra las EID;
3. Mapeo que incluya nuevas líneas de base o estudios de seguimiento de la carga de las enfermedades parasitarias;
4. Apoyo operativo a nivel nacional y subnacional para promover el desarrollo de acciones integrales, y
5. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y los sistemas de información.

Las principales actividades realizadas y en ejecución entre 2009 y 2010 se reseñan en el cuadro 23.

Cuadro 23. Principales actividades realizadas y en ejecución por parte de la OPS para el control y eliminación de las EID en ALC, 2009-2010

Línea de acción	Países y actividades	Socios, partes interesadas y colaboradores
Abogacía, movilización social y movilización de recursos	<p><u>Eliminación de enfermedades.</u> La Resolución CD49.R19 de la OPS aprobada para renovar el compromiso de eliminar o reducir las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas (EID) a niveles en los que ya no constituyan problemas de salud pública para el 2015 (octubre de 2009).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerios de salud de ALC y América del Norte ▪ OPS/OMS
	<p><u>Haití.</u> Diálogo con los diversos aliados patrocinado por la OPS para mantener los esfuerzos centrados en el programa de control y eliminación de EID durante la fase de reconstrucción posterior al terremoto y asegurar la continuidad, avances e intensificación de la administración masiva de tratamiento para FL y geohelmintiasis (febrero de 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Población de Haití (MSPP) ▪ Ministerio de Educación de Haití (MENFP) ▪ Hospital Saint Croix (HSC) ▪ Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) ▪ Universidad de Notre Dame (UND) ▪ IMA World Health (IMA) ▪ USAID/RTI ▪ Congregación de la Santa Cruz (CSC) ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas ▪ Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la OMS
	<p><u>Tracoma.</u> Diálogo con los diversos socios para enfocar esfuerzos en la eliminación del tracoma en</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ USAID ▪ 4º Sector de Salud/Abt Associates

Línea de acción	Países y actividades	Socios, partes interesadas y colaboradores
	México, Brasil y Guatemala (marzo de 2010)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rotary International; Lions International ▪ BID ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas ▪ Fundación Internacional del Club de Leones ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficinas en los países
	Desarrollo de estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficinas en los países; otras áreas de la OPS
	Plan de eliminación de las EID. Análisis de los avances y líneas de acción prioritarias para el control y eliminación de cinco enfermedades infecciosas desatendidas en los países de América Latina y el Caribe (documento de trabajo). Este documento será una herramienta para la abogacía y la movilización de recursos (junio de 2010).	
	Fondo Fiduciario para las EID. Cooperación con la Red Global y el BID para desarrollar el FF y actividades relacionadas. Grupos de trabajo sobre estructura y gobernabilidad, abogacía y movilización de recursos, M&E y proyectos de prueba (en ejecución).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas ▪ BID ▪ USAID Global Health ▪ Departamento de Control de EID de la OMS
	Comité Asesor en Mebendazol. Evaluación del Plan estratégico a 5 años, 2010-2015, de Children Without Worms y colaboración en el desarrollo de bases de datos compartidas sobre cobertura de las actividades desparasitación realizadas por las ONG y	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Children Without Worms ▪ BID ▪ J&J Inc. ▪ Fuerza de Tarea para la Salud Global ▪ Red Global para las Enfermedades

Línea de acción	Países y actividades	Socios, partes interesadas y colaboradores
	<p>OBP en ALC (en ejecución).</p>	<p>Tropicales Desatendidas</p>
	<p>Oncocercosis. Evaluación de los avances en la eliminación de la oncocercosis (administración de tratamiento masivo y vigilancia postratamiento) en las Américas con la OEPA/Centro Carter, revisión semestral de programa (junio de 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ OEPA/Centro Carter ▪ US CDC ▪ Merck Inc. ▪ Lions International SightFirst
	<p>Panel del NIH en EID. Desarrollo de conceptos y de contenidos para el panel sobre EID en el NIH (mayo de 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Área de HSS de la OPS ▪ Oficina de Transferencia de Tecnología del NIH
	<p>Foro sobre EID. Elaboración de la agenda para el foro sobre EID auspiciado por la ISID y la OPS, Boston, 2011 (en ejecución)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oficina de la Directora, OPS ▪ ISID, Sociedad Internacional para las Enfermedades Infecciosas
	<p>Programa de Desarrollo de la Primera Infancia (ECD). Desarrollo de las líneas de colaboración con el Instituto de la Tierra de Columbia. Desarrollo de indicadores (en ejecución)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Área de Salud de la Familia y el Niño de la OPS ▪ Instituto de la Tierra de Columbia, Programa de Desarrollo de la Primera Infancia ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas
	<p>Guías y lineamientos. Desarrollar planes integrales para el control y eliminación de las EID en ALC (en ejecución).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficinas en los países ▪ USAID/RTI
	<p>Revisiones sistemáticas: oncocercosis, esquistosomiasis, filariasis linfática, Chagas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TDR para el desarrollo de investigaciones sobre las enfermedades asociadas con la

Línea de acción	Países y actividades	Socios, partes interesadas y colaboradores
	congénito, rabia transmitida por perros, tratamiento de EID en áreas con superposición, prioridades de la investigación sobre EID (lepra, esquistosomiasis, geohelmintiasis y leishmaniasis)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pobreza ▪ Programa Regional en EID de la OPS
Mapeo que incluya nuevas líneas de base o estudios de seguimiento de la carga de enfermedades parasitarias	<u>Bolivia, Brasil y Colombia</u> : mapeo y modelamiento epidemiológico para enfermedades desatendidas en América Latina y el Caribe (en ejecución; el modelo deberá estar finalizado para el segundo semestre de 2010). Aplicación del modelo en otros países de ALC.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instituto Suizo de Estudios Tropicales, Escuela de Veterinaria de la Universidad Estatal de Luisiana, Universidad Federal de Bahía y Centro DBL para la Investigación y el Desarrollo en Salud de la Universidad de Copenhague en Dinamarca ▪ Ministerios de salud e institutos nacionales de salud de Brasil, Bolivia y Colombia ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficinas nacionales ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas
	<u>Surinam</u> : línea de base epidemiológica nacional y encuesta malacológica para actualizar el mapeo de esquistosomiasis y helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo (en ejecución; resultados del estudio previstos para el segundo semestre de 2010).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud & Oficina de Salud Pública
	Propuesta presentada para solicitud de financiación en colaboración con la NASA para un modelo geoespacial de predicción de la distribución de casos de esquistosomiasis (mayo de 2010).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional ▪ US CDC ▪ Proyecto SCORE (Gates)

Línea de acción	Países y actividades	Socios, partes interesadas y colaboradores
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ NASA (USA)
	<p><u>Guyana</u>: diseño del protocolo para el mapeo y remapeo de filariasis linfática y helmintos transmitidos por el contacto con el suelo (en ejecución).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas ▪ Ministerio de Salud ▪ BID y Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional
	<p><u>El Salvador</u>: diseño del protocolo para el estudio de prevalencia y carga de parásitos de la infección por HTS en niños en edad escolar (en ejecución).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional
	<p><u>Colombia</u>: diseño del protocolo para el estudio de prevalencia e intensidad de la infección por geohelmintos en niños en edad escolar en Antioquia (en ejecución; el protocolo deberá estar diseñado para el segundo semestre de 2010). Preparativos para eliminación de helmintos en todo el departamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gobernación de Antioquia ▪ Universidad de Antioquia ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional
	<p><u>Guatemala</u>: diseño del protocolo para el estudio de prevalencia del tracoma en cuatro municipios (en ejecución; el protocolo deberá estar diseñado para el segundo semestre de 2010).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité Nacional Visión 2020 - Guatemala ▪ Programa Regional en EID de la OPS, Programa Regional de Salud Visual y oficina nacional ▪ Universidad Johns Hopkins ▪ BID, Red Global para las Enfermedades

Línea de acción	Países y actividades	Socios, partes interesadas y colaboradores	
	<p><u>Santa Lucía</u>: diseño del protocolo para el estudio de línea de base sobre la prevalencia e intensidad de infección de la esquistosomiasis y la infección por geohelminos (en ejecución; el protocolo deberá estar diseñado para el segundo semestre de 2010)</p>	<p>Tropicales Desatendidas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fundación para la Investigación y la Educación de las Islas Windward (WINDREF) / Universidad de St. George en Granada ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas 	
	<p><u>México</u>: identificación de los determinantes sociales de las enfermedades desatendidas y otras asociadas con la pobreza e intervenciones efectivas en dos comunidades de Yucatán (en ejecución; finalización del estudio prevista para segundo semestre de 2010).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gobernación de Yucatán y autoridades estatales de salud ▪ Universidad Autónoma de Yucatán ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas 	
	<p>Análisis del estado del mapeo de enfermedades tropicales desatendidas por enfermedad en ALC (33 países, 4 grupos de países) (30 de julio, 2010), con el fin de mejorar el conocimiento de las necesidades de la Región. Anexo 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas 	
	<p>Cooperación técnica en los países para desarrollar planes de acción integrales nacionales y subnacionales contra las EID</p>	<p><u>Guyana</u>: evaluación del componente de movilización social (COMBI) del Nuevo programa de FL/geohelminos y la integración con otras EID (evaluación en julio de 2010).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud ▪ BID, Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional
		<p><u>Honduras</u>:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud

Línea de acción	Países y actividades	Socios, partes interesadas y colaboradores
	Cooperación técnica directa para promover y desarrollar un plan nacional integral, la vigilancia de geohelmintiasis y la evaluación del programa de desparasitación (marzo de 2010).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas ▪ Universidad George Washington ▪ Fundación María ▪ Programa Mundial de Alimentos ▪ Oficina de la Primera Dama
	Apoyo técnico local para el desarrollo de un plan nacional integral de control de las EID (inicio en el segundo semestre de 2010).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional
	<u>Surinam</u> : cooperación técnica directa para promover y desarrollar un plan nacional integral para la vigilancia de geohelmintiasis/esquistosomiasis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oficina de Salud Pública (BOG) ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas
	<u>República Dominicana</u> : cooperación técnica directa para revisar el Programa de control de las enfermedades desatendidas (filariasis linfática, helmintos transmitidos por el contacto con el suelo, esquistosomiasis, fascioliasis); colaboración en el mapeo de la fascioliasis y las geohelmintiasis, e inicio del trabajo para desarrollar un plan integral para el control y eliminación de las EID (diciembre 2009 y octubre 2010).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud/CENCET ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional ▪ Universidad de Valencia, España
	<u>Bolivia</u> : cooperación técnica entre Bolivia, Perú y Brasil para el estudio simultáneo sobre fascioliasis y geohelmintiasis, y para mejorar el control de la fascioliasis en los tres países (formulación de un TCC para el segundo semestre de 2010)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional; Dpto. de EID de la OMS

Línea de acción	Países y actividades	Socios, partes interesadas y colaboradores
	<p><u>México</u>: cooperación técnica suministrada a la Secretaría Federal de Salud de México y a la Secretaría de Salud del estado de Chiapas para la implementación del Plan integral de control o eliminación de las enfermedades desatendidas en el estado de Chiapas (tracoma, leishmaniasis, enfermedad de Chagas, rabia, geohelmintiasis, lepra, oncocercosis) y el <i>Proyecto demostrativo</i> (plan integral para seis enfermedades formulado en el primer semestre de 2010, cuya implementación se prevé para el segundo semestre de 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría Federal de Salud de México ▪ Secretaría de Salud de Chiapas ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional ▪ BID ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas
	<p><u>Brasil</u>: cooperación técnica suministrada a las autoridades de salud de tres municipios (Recife, Olinda y Jaboatao das Guararapes) para la formulación de un Plan integral de control o eliminación de cuatro enfermedades desatendidas (lepra, filariasis linfática, esquistosomiasis, geohelmintiasis) y el desarrollo de un <i>Proyecto demostrativo</i> (plan integral formulado en el primer semestre de 2010 e inicio de implementación previsto para el segundo semestre de 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoridades de salud de Recife, Olinda y Jaboatao das Guararapes; IMIP ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional ▪ BID ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas
	<p>Análisis del estado de los planes de acción integral por país (33 países, 4 grupos de países) (Julio 30, 2010), para evaluar el avance de ALC hacia los planes integrales a nivel nacional y subnacional, incluidos resultados, tareas y proyectos esperados hasta el 2015. Anexo 3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas

Línea de acción	Países y actividades	Socios, partes interesadas y colaboradores
<p>Apoyo operativo a nacional y subnacional para promover el desarrollo de acciones integrales</p>	<p><u>Guyana:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud
	<p>Apoyo al Programa nacional de FL y enfermedades infecciosas desatendidas para integrar acciones operativas entre FL y geohelmintiasis (apoyo operativo, junio- diciembre, 2010).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas
	<p>Capacitación técnica en entomología y manejo integral de vectores (capacitación realizada en mayo de 2010).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional ▪ Universidad de las Indias Occidentales
	<p><u>El Salvador:</u> capacitación de 30 trabajadores de la salud en diagnóstico parasitológico de geohelmintiasis por la técnica cuantitativa de Kato-Katz (capacitación realizada en junio de 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerios de Salud de El Salvador y Honduras ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional
<p>Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y los sistemas de información</p>	<p><u>Guatemala:</u> cooperación técnica directa para diseñar y formular un primer borrador del protocolo de estudio del tracoma (mayo de 2010).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité Nacional Visión 2020 - Guatemala ▪ Programas Regionales en EID y salud visual de la OPS y oficina de OPS en el país ▪ Universidad Johns Hopkins ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas
	<p>Actualización de las bases de datos de OPS y OMS sobre FL, esquistosomiasis, geohelmintiasis en cuanto a prevalencia y cobertura de tratamientos (finalizada para el 2009; en ejecución para el 2010).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerios de salud ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficinas nacionales ▪ Instituto de vacunas Sabin /GNNTD

Línea de acción	Países y actividades	Socios, partes interesadas y colaboradores
	<u>Surinam</u> : cooperación técnica directa para definir acciones sobre el sistema de vigilancia para áreas de baja transmisión de geohelmintiasis y esquistosomiasis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oficina de Salud Pública (BOG) ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas
	<u>Guatemala</u> : apoyo brindado al monitoreo y evaluación de la vigilancia postratamiento de los focos de oncocercosis conjuntamente con la OEPA (junio de 2010).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud con OEPA ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional
	<u>México</u> : apoyo brindado al monitoreo y evaluación de la vigilancia postratamiento en el foco sur de Chiapas y monitorización de la administración masiva de tratamiento en el foco norte de Chiapas (mayo de 2010).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría Federal de Salud de México con OEPA ▪ Secretaría de Salud de Chiapas ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional ▪ BID y Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas
	<u>República Dominicana</u> : apoyo brindado a la vigilancia de la filariasis linfática después de finalizada la administración masiva de tratamiento en el foco sur-occidental (monitoreo y evaluación en el segundo semestre de 2010)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud/CENCET con el Centro de Apoyo para FL de la Fuerza de Tarea de Salud Global ▪ Red Global para las Enfermedades Tropicales Desatendidas ▪ Programa Regional en EID de la OPS y oficina nacional

4. Acciones estratégicas para el apoyo de la OPS a los Estados Miembros en el control y eliminación de las EID en ALC, 2010-2015

En el marco de los principales retos de ALC para alcanzar las metas de control y eliminación de las EID es necesario:

- Impulsar los planes integrales de control y eliminación de las EID (incluidas la movilización social y la participación comunitaria);
- Impulsar el mapeo y remapeo en el primero y segundo nivel subnacional: recursos técnicos y financieros;
- Monitorizar y evaluar los avances en las metas regionales (incluida la generación de conocimientos y el intercambio de evidencia sobre las lecciones aprendidas);
- Integrar las acciones interprogramáticas e intersectoriales: AIEPI, PAI, agua y saneamiento, programas de vivienda, escuelas saludables, entre otros;
- Abogar ante los ministerios de salud y otros ministerios para que enfoquen su atención hacia los determinantes sociales de la salud;
- Mantener y fortalecer las alianzas: Fondo Fiduciario, iniciativas nacionales y regionales, e
- Identificar estrategias para canalizar recursos financieros para ALC vs. la mayor carga de enfermedad en la Región de África.

Las acciones estratégicas para 2010-2015 en las cuales es necesario focalizarse para la abogacía y la movilización, incluyendo la elaboración de cronogramas y la estimación aproximada de costos, se describen a continuación.

Recursos financieros

La implementación del Plan operativo regional de la OPS para eliminar las enfermedades tropicales desatendidas en la región, elaborado a cinco años (2010 – 2015), se ha estimado en 7.5 millones de dólares. La cifra incluye los recursos necesarios para la cooperación técnica, así como los recursos semilla en apoyo a los Estados Miembros para iniciar o fortalecer esfuerzos encaminados a establecer sus propios estudios de línea de base para la eliminación de las EID y el seguimiento de los avances en el marco de la Resolución CD49.R19 (2009).

Cerca de 53% de estos recursos deberán emplearse para apoyar el desarrollo de planes de acción integral a nivel nacional y subnacional. La suma restante será distribuida en actividades de abogacía y movilización de recursos, en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y los sistemas de información como se muestra en el cuadro 24.

Cuadro 24. Estimación de los recursos requeridos para el plan de EID.

Línea de acción		Resultados esperados	US\$ (Millones)	
1	Abogacía y movilización de recursos	Control y eliminación de las EID incluidos en la agenda nacional y subnacional	1.445	(19,1%)
2	Planes de acción integrados a nivel nacional y subnacional	Planes integrales desarrollados e implementados	4.022	53,2%)
3	Mapeo y remapeo (incluyendo nuevas líneas de base o estudios de seguimiento para carga de enfermedad y parasitológicos)	Vigilancia y sistemas de información fortalecidos	2.090	(27,6%)
4	Fortalecimiento de los sistemas de información y de vigilancia			

Considerando las necesidades de recursos para el quinquenio 2010-2015, se estima que lo requerido para cada uno de los primeros tres años será de aproximadamente 1,7 millones de dólares por año, cifra que después disminuirá a cerca de 1,2 millón de dólares anuales.

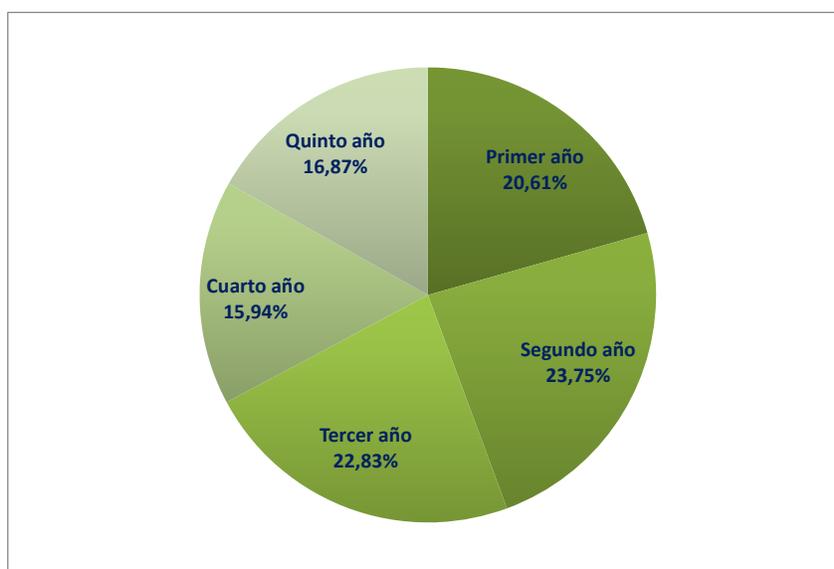


Figura. 11. Porcentaje de recursos financieros requeridos por año para el Plan Estratégico de EID, OPS, 2010-2015

Cuadro 25. PLAN ESTRATÉGICO DE EID: costos del apoyo para promover el logro de metas, 2010-2015

Línea de acción		Primer año	Segundo año	Tercer año	Cuarto año	Quinto año	Total por línea
1	Abogacía y movilización de recursos	\$315.000	\$225.000	\$315.000	\$255.000	\$375.000	\$1.445.000
2	Planes de acción integrados a nivel nacional y subnacional	\$875.500	\$925.000	\$875.000	\$655.000	\$715.000	\$4.022.500
3	Mapeo y remapeo (incluyendo nuevas líneas de base o estudios de seguimiento para carga de enfermedad y parasitológicos)	\$335.000	\$345.000	\$375.000	\$175.000	\$25.000	\$1.255.000
4	Fortalecimiento de los sistemas de información y de vigilancia	\$50.000	\$300.000	\$160.000	\$160.000	\$165.000	\$835.000
TOTAL		\$1.557.500	\$1.795.000	\$1.725.000	\$1.205.000	\$1.275.000	\$7.557.500

Cuadro 26. PLAN ESTRATÉGICO DE EID: costos del apoyo para promover el logro de metas, 2010-2015.

LÍNEA DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD	PAÍSES	TOTAL POR LÍNEA
1. Abogacía y movilización de recursos	Reunión regional sobre EID (una cada dos años)	Belice, Brasil, Bolivia, México, Colombia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Panamá, Perú, Santa Lucía, Surinam y Venezuela	\$1.445.000
	Reunión anual sobre FL	Guyana, Surinam, Haití, República Dominicana, Brasil, Trinidad & Tobago. Aliados	
	Reunión anual sobre esquistosomiasis y geohelmintiasis	Brasil, Venezuela, Surinam y Santa Lucía, aliados	
	Trabajo interprogramático en geohelmintiasis + programas de nutrición y PAI (Iniciativa Mesoamericana): participación en reunión anual	México, Colombia, República Dominicana, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Belice, Panamá	
	Reunión anual sobre tracoma	Brasil, Guatemala y México, aliados	
	Participación en reuniones internacionales (OEPA, ISID, etc.)		
	Foro global (cada tres años) Foros sub-regionales: región Andina, Cono Sur, Centro América, Caribe		
2. Planes de acción integrados a nivel nacional y subnacional	Desarrollo y validación de guías regionales para los planes de acción integral de control y eliminación de las EID (diseño de guías y reunión para discutir y validar dichas guías)	Brasil, México, República Dominicana, Haití, Guyana, Surinam, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Colombia, Ecuador	\$4.022.500
	Difusión y capacitación sobre elaboración de guías para los planes integrales (una reunión)	Bolivia, Brasil, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, México, Perú, Santa Lucía y Surinam, Colombia, El Salvador, Honduras, Belice, Panamá, Venezuela	
		Monitorización del avance en la aplicación de las guías (misiones a 3 países cada año)	
	Cooperación técnica regional (Programa regional de EID, oficina central): parasitólogo, epidemiólogo, gerencia del plan, apoyo de cooperación, geógrafo		

LÍNEA DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD	PAÍSES	TOTAL POR LÍNEA
	Cooperación técnica: misiones a los países para apoyar las acciones de control y eliminación de las EID	República Dominicana, Haití, Guatemala, Guyana, Surinam, Honduras, El Salvador, México y Brasil (primer año)	
		República Dominicana, Haití, Guatemala, Guyana, Surinam, Honduras, El Salvador, México, Brasil, Bolivia, Ecuador, Colombia, Belice (segundo año).	
		Consultor temporal para apoyar la cooperación técnica en el segundo año (visitas a 5 países)	
		República Dominicana, Haití, Guatemala, Guyana, Surinam, Honduras, El Salvador, México, Brasil, Bolivia, Ecuador, Colombia, Belice, Perú, Panamá y Venezuela (tercer año)	
		Consultor temporal para apoyar la asistencia técnica en el tercer año (visitas a 5 países)	
		Misiones para mantener el trabajo en países que requieren apoyo (8 países)	
	Apoyo a los niveles subnacional y nacional para desarrollar planes de acción integral de control o eliminación de las EID (formulación, concertación, capacitación y promoción de la apropiación por parte de las jurisdicciones nacionales y subnacionales)	Cinco países por año (apoyo de un profesional local en cada país)	
	Identificación de las mejores prácticas de lucha contra las EID en ALC y convocatoria o participación a reunión internacional sobre EID	Realizar revisión sistemática de las mejores prácticas de lucha contra las EID en ALC (incluida la distribución)	
	Identificación de brechas de conocimiento basado en la evidencia sobre control y eliminación de EID y realización de investigación operativa según necesidad	Tres revisiones sistemáticas realizadas. Informes de consenso final publicados y distribuidos	
	Reuniones para intercambiar sobre las mejores prácticas y analizar los avances y lecciones aprendidas en ALC		

LÍNEA DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD	PAÍSES	TOTAL POR LÍNEA
	(una reunión cada dos años)		
3. Mapeo y remapeo (incluyendo nuevas líneas de base o estudios de seguimiento para carga de enfermedad y parasitológicos)	Finalización de perfiles nacionales de EID: diseño de protocolos para mapeo a nivel nacional y subnacional	República Dominicana, Haití, Honduras, El Salvador, Bolivia, El Chaco (Argentina, Paraguay, Bolivia, Colombia para tracoma) (primer año)	\$1.255.000
		Ecuador, Perú, Belice, Panamá, Venezuela, , Nicaragua, Uruguay (segundo año)	
	Desarrollo de estudios	Guyana (FL y geohelmintos), El Salvador (geohelmintos), Colombia (geohelmintos y tracoma), Guatemala (tracoma), Santa Lucía (geohelmintos/esquistosomiasis (primer año)	
		República Dominicana (FL y geohelmintos), Haití (FL y geohelmintos), Honduras (geohelmintos), Bolivia (geohelmintos, esquistosomiasis y fasciola), El Chaco (geohelmintos, esquistosomiasis)	
		Ecuador, Perú, Belice, Panamá, Venezuela, Nicaragua, Uruguay (tercer año)	
	Capacitación en técnicas de laboratorio y herramientas de campo para desarrollar estudios de línea de base cuantitativos	Guyana, El Salvador, Colombia, Guatemala, Santa Lucía (primer año)	
		República Dominicana, Haití, Honduras, Bolivia, El Chaco (segundo año)	
		Ecuador, Perú, Belice, Panamá, Venezuela, Nicaragua, Uruguay (tercer año)	
	Actualización de la capacitación y mantenimiento de capacidad		
4. Fortalecimiento de los sistemas de información y de vigilancia	Protocolo para el desarrollo o fortalecimiento de sistemas integrados de vigilancia para el control o eliminación de las EID	Protocolo desarrollado para aseguramiento interno de la calidad de los datos en los sistemas de vigilancia nacionales.	\$835.000
		Propuesta elaborada para la integración de la vigilancia de las EID en los sistemas de vigilancia en salud ya existentes.	
		Informe disponible sobre la viabilidad de aplicar la propuesta de vigilancia en los países	
		Distribución de y capacitación sobre la guía para la vigilancia de las EID	
		Monitorización de los avances en la aplicación del protocolo de vigilancia (misiones a 3 países cada año)	
	Monitoreo y evaluación sobre avances en la certificación/validación de los procesos de eliminación a nivel nacional y subnacional (misiones a los países)	FL (Costa Rica, Trinidad y Tobago, República Dominicana, Haití, Brasil, Guyana, Surinam); oncocercosis (Colombia, México, Guatemala, Ecuador, Brasil, Venezuela); tracoma (Guatemala, México, Brasil)	
TOTAL			\$7.557.500

ANEXO 1. Planeación estratégica para el fortalecimiento del control y eliminación integrales de las EID en América Latina y el Caribe: Grupos 1, 2, 3 y 4 (cuadros en archivo Microsoft Excel que pueden suministrarse por solicitud).

ANEXO 2. Estado del mapeo de enfermedades infecciosas desatendidas por enfermedad (33 países, 4 grupos), 30 de julio, 2010

País	Geohelmintiasis*	Esquistosomiasis*	FL	Oncocercosis**	Tracoma	Notas
Grupo 1						
Bolivia	Estudio planeado para fasciola y geohelminfos 2010-2011					Univ. de Valencia posee datos sobre fasciola
Brasil	En proceso por parte de SVS	En proceso por parte de MS/SVS, planeado para 2010-11 en el proyecto del BID para Manaus y Belem	+ PEFL, planeado en proyecto demostrativo en Recife	+	+	Obtener datos sobre tracoma de 2º nivel de SVS
República Dominicana	MS-CENCET tiene borrador de 2009 del plan para el estudio de geohelminfos		+ PEFL, mapeo en desarrollo en Barahona para determinar si debe suspenderse la administración masiva de tratamiento; planeado en otros lugares para verificar focos			Univ. de Valencia desarrolla el estudio sobre fasciola 2010-11

País	Geohelmintiasis*	Esquistosomiasis*	FL	Oncocercosis**	Tracoma	Notas
			sospechosos extintos; mapeo necesario para posibles nuevos focos posteriores al terremoto			
Ecuador				+		
Guatemala	Planeado en el marco del préstamo BID para agua y saneamiento			+	+; planeado para 2011	
Guyana	Planeado en el marco del préstamo BID para agua y saneamiento (distrito 4)		+ PEFL; planeado por el MS; planeado en el marco del préstamo BID para agua y saneamiento (distrito 4)			

País	Geohelmintiasis*	Esquistosomiasis*	FL	Oncocercosis**	Tracoma	Notas
Haití	+; planeado en el marco del préstamo BID para agua y saneamiento		+ PEFL; mapeo necesario para detección de posibles nuevos focos posteriores al terremoto; estudio de geohelmintiasis y FL planeado en el marco del préstamo BID a P. au P. agua y saneamiento			Los datos actuales sobre la administración masiva de tratamiento para FL están en la UND & IMA World Health; el monitoreo de geohelmintiasis planeada en el marco del proyecto BID/agua y saneamiento rural como parte del préstamo para ciudades intermedias
México	Podría suceder en el proyecto demostrativo (Chiapas) 2010-11			+	+; planeado en el proyecto demostrativo (Chiapas) 2010-11	
Perú	Estudio para fasciola y geohelmintiasis planeado, 2010-2011					Univ. de Valencia tiene los datos sobre fasciola
Santa Lucía	+; planeado para 2010-11	Planeado para 2010-11				Borrador del protocolo de geohelmintiasis/esquistosomiasis en revisión

País	Geohelmintiasis*	Esquistosomiasis*	FL	Oncocercosis**	Tracoma	Notas
Surinam	Finalización prevista para octubre, 2010	Finalización prevista para octubre, 2010	+ PEFL; planeado para Nickerie			Se podrían incluir estudios adicionales como parte del préstamo BID para agua y saneamiento
Grupo 2						
Belice	+; realizado en 2 distritos					En los distritos más pobres
Colombia	Planeado para Antioquia, Colombia, 2010-11			+	Puede requerirse	
El Salvador	Planeado para 2010-11					
Honduras	+; remapeo de geohelmintiasis en escolares en planificación para 2010-11; el BID está negociando préstamo para agua y saneamiento					BID está planeando mapeo para el proyecto de agua y saneamiento, pero el préstamo está ahora en espera
Panamá	Posible; interés expresado a Sabin por MS					

País	Geohelminthiasis*	Esquistosomiasis*	FL	Oncocercosis**	Tracoma	Notas
Venezuela	Necesario (ver notas)	Necesario (ver notas)		+		Situación política inhibitoria
Grupo 3						
Argentina	+ en norte de Argentina					¿Se hará mapeo de <i>Strongyloides</i> en Salta?
Nicaragua	+ en 4 distritos					
Paraguay						Puede haber interés en estudio de HTS, especialmente en El Chaco
Grupo 4						
Antigua y Barbuda						
Bahamas						
Barbados						
Chile						Puede obtenerse información del sistema de salud sobre uso de antihelmínticos
Costa Rica			+ PEFL (Puerto Limón)			
Cuba	Bajo discusión en el IPK					Fasciola también
Dominica						

País	Geohelmintiasis*	Esquistosomiasis*	FL	Oncocercosis**	Tracoma	Notas
Granada	Planeado para 2010-2011 por la Universidad de St. George					
Jamaica						Datos del Hospital Infantil sobre ingresos/cirugía por áscaris
Saint Kitts y Nevis						
San Vicente y las Granadinas						
Trinidad & Tobago			+ PEFL			
Uruguay	Posible interés o encabalgamiento con el estudio de fasciola					Univ. de Valencia podría hacer el estudio de fasciola
+ : Finalizado en los últimos 5 a 10 años						
* : Los nuevos estudios también pueden cubrir fasciola y algunos cestodos						
** : Datos conservados por el Programa de Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA)						

Anexo 3. Estado de los planes de acción integral de EID por país (33 países, 4 grupos)

País	pre-2010	2010	2011	2012	2013	Notas
Grupo 1						
Bolivia	Borrador del plan de administración masiva de tratamiento para geohelminintos (con Children Without Worms, 2007)		Posible			Ver nota para ARG
Brasil	Plan del MS/SVS para enteroparásitos 2003, plan para PEFL, plan de acción de administración masiva de tratamiento para oncocercosis con el OEPA, plan de acción integral para EID de Recife, 2009	Plan de acción integral para EID de Recife & proyecto demostrativo de ETD (revisado)				
República Dominicana	Plan de PEFL	Remapeo de focos conocidos de FL y mapeo de posibles nuevos focos después del terremoto	En prospecto			Préstamo BID para agua y saneamiento en proceso
Ecuador	Plan de acción de administración masiva de tratamiento para oncocercosis con la OEPA					Programa nacional de desparasitación

País	pre-2010	2010	2011	2012	2013	Notas
Guatemala	Geohelmintos 2008; plan de acción de administración masiva de tratamiento para oncocercosis con la OEPA		Posible			Préstamo BID para agua y saneamiento en proceso; planificación para el control de tracoma
Guyana	Plan PEFL	Plan integral de EID en proceso de desarrollo				Préstamo BID para agua y saneamiento en proceso
Haití	Plan PEFL		En prospecto			Préstamo BID para agua y saneamiento en proceso
México	Proyecto demostrativo en Chiapas y plan integral para el control o eliminación de seis EID, plan de acción de administración masiva de tratamiento para oncocercosis con el OEPA	Plan de acción integral contra ETD de Chiapas y proyecto demostrativo en EID (revisado)				
Perú			Posible			
Santa Lucía			Posible			Tuvo proyecto de control de esquistosomiasis a principios de década de los 70

País	pre-2010	2010	2011	2012	2013	Notas
Surinam	Tuvo alguna vez plan de acción de PEFL; transmisión está interrumpida	Establecido como objetivo para 12, 2010				Préstamo BID para agua y saneamiento en proceso
Grupo 2						
Belice	Plan de administración masiva de tratamiento para geohelmintiasis (2 distritos)					Propuesta de proyecto para ETD preparada en 2005-06 sin fondos
Colombia	Plan de acción de administración masiva de tratamiento con la OEPA		Posible			
El Salvador			Posible			
Honduras			En prospecto			Propuesta de proyecto para ETD preparada en 2005-06 sin fondos
Panamá			Posible			
Venezuela	Plan de acción de administración masiva de tratamiento para oncocercosis con la OEPA					Eliminación de oncocercosis en proceso
Grupo 3						

País	pre-2010	2010	2011	2012	2013	Notas
Argentina	Plan de geohelmintiasis, norte de Argentina					Propuesta de proyecto para ETD en El Chaco preparada en 2005-06 sin fondos
Nicaragua	Plan de administración masiva de tratamiento para geohelmintiasis (con Children Without Worms, 2007)					administración masiva de tratamiento iniciada en 2008 con CWW
Paraguay						Ver nota para ARG
Grupo 4						
Antigua y Barbuda						
Bahamas						
Barbados						
Chile						
Costa Rica	Tuvo alguna vez plan de acción de PEFL (Puerto Limón); transmisión interrumpida					
Cuba				Posible		
Dominica						
Granada			Posible			
Jamaica						

País	pre-2010	2010	2011	2012	2013	Notas
Saint Kitts y Nevis						
San Vicente y Las Granadinas						
Trinidad & Tobago	Tuvo alguna vez plan de acción de PEFL; transmisión interrumpida					
Uruguay						
NOTAS	En la Región de ALC, los proyectos de mapeo de ETD pueden requerir la inclusión de otras ETD como la enfermedad de Chagas, lepra/Hansen.	2010: está en desarrollo un proyecto separado de mapeo de la leishmaniasis en varios países de la Región de ALC con apoyo de la OPS /OMS y la AECID.				