



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 50.º CONSEJO DIRECTIVO 62.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010

---

*Punto 4.12 del orden del día provisional*

CD50/16 (Esp.)  
9 de agosto del 2010  
ORIGINAL: ESPAÑOL

### **ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN, EL CONTROL Y LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS**

#### **Introducción**

1. La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una enfermedad parasitaria causada por el protozoo *Trypanosoma cruzi* y transmitida por insectos. Los vectores de esta infección, endémica en 21 países de la Región de las Américas, son hemípteros de la subfamilia *Triatominae* capaces de colonizar viviendas rurales, suburbanas o urbanas insalubres. Aunque con menor frecuencia, esta infección se puede transmitir también por transfusiones, alimentos contaminados y de madre a hijo a través de la placenta. Con una incidencia anual de 41.000 casos en la Región de las Américas, se estima que la enfermedad de Chagas afecta aproximadamente a 8 millones de personas y provoca en promedio cada año cerca de 12.000 muertes (de 45.000 en la década de 1980 y 23.000 en la de 1990). Se calcula que alrededor de 100 millones de personas están en riesgo de contraer esta enfermedad (1).

2. Esta enfermedad, propia de países en desarrollo, está asociada con múltiples factores determinantes sociales y ambientales que exponen a la infección a millones de personas. Entre los principales factores determinantes presentes en vastas áreas de América Latina, se destacan: habitar en viviendas de calidad precaria —principalmente en zonas rurales y suburbanas— y residir en áreas de pobreza, con inestabilidad social o altas tasas de migración, así como pertenecer a grupos vinculados con el trabajo estacional en zafras y cosechas. Esta enfermedad contribuye a perpetuar el ciclo de pobreza, al reducir la capacidad de aprendizaje, la productividad y la posibilidad de generar ingresos. La coexistencia de algunos factores ambientales, como la presencia de triatomíneos vectores, mamíferos reservorios, viviendas precarias y personas expuestas, crea las condiciones para mantener la transmisión eficaz de esta infección y su endemidad.

3. La 51.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA51.14 (1998), llamó a la eliminación de la enfermedad de Chagas mediante la interrupción de su transmisión para el año 2010.
4. En la I y la II Reunión Conjunta de las Iniciativas Subregionales de Prevención y Control de Chagas de América del Sur (Cono Sur, países andinos y amazónicos), realizadas en los años 2007 y 2009 (2,3), respectivamente, se consideró que la eliminación o interrupción de la transmisión domiciliar de *T. cruzi* no es estable y que para lograrla se requiere implementar una vigilancia activa y aplicar intervenciones y acciones sobre esta y otras formas de transmisión. Además, se recomendó tomar en cuenta la amplia variedad de condiciones y objetivos planteados, de acuerdo con las situaciones epidemiológicas particulares de cada país.
5. La 63.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud (2010) analizó los logros y los retos, y la necesidad de reformular las metas y los plazos, (Informe de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud [OMS], documento A63/17 y resolución WHA63.20).
6. El 49.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), adoptó la resolución CD49.R19 (2009) en la que se insta a los Estados Miembros a la eliminación o la reducción de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza, incluida la enfermedad de Chagas, para que dejen de ser problemas de salud pública en el 2015. Dadas las condiciones y la situación actuales de la enfermedad de Chagas y la experiencia adquirida en su prevención y control por los países, con el apoyo de la OPS, se ha propuesto considerar esta enfermedad como de eliminación factible.

### **Antecedentes**

7. La respuesta dada por los países donde la enfermedad de Chagas es endémica desde principios de la década de 1990, junto con la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina), ha generado un exitoso esquema de cooperación técnica horizontal entre países mediante las Iniciativas Subregionales de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas. Estas iniciativas se han desarrollado en el Cono Sur<sup>1</sup> (1992), América Central<sup>2</sup> (1997), países andinos<sup>3</sup> (1998), países amazónicos<sup>4</sup> (2003) y México (2004). Estas

---

<sup>1</sup> INCOSUR: Iniciativa del Cono Sur para el Control de la Enfermedad de Chagas.

<sup>2</sup> IPCA: Iniciativa de los Países de América Central para el Control de la Transmisión Vectorial, Transfusional y la Atención Médica de la Enfermedad de Chagas.

<sup>3</sup> IPA: Iniciativa de los Países Andinos para el Control de la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas.

<sup>4</sup> AMCHA: Iniciativa de los Países Amazónicos para la Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas.

iniciativas además han contribuido a mejoras sustanciales de la situación mediante: la interrupción de la transmisión vectorial en todo o parte del territorio de los países afectados, la eliminación de especies alóctonas<sup>5</sup> de vectores, la implantación del tamizaje universal de donantes de sangre, la detección de casos congénitos (cuadro 2, anexo A), la reducción de la prevalencia en niños, la disminución de la morbimortalidad, la ampliación de la cobertura, la elevación de la calidad del diagnóstico, el mejoramiento de la atención clínica y el tratamiento de las personas infectadas y enfermas (4).

8. La estrategia de prevención y control de la enfermedad de Chagas debe ser eficaz y capaz de reducir la morbilidad, la mortalidad y el sufrimiento humano, así también como eficiente y capaz de ahorrar recursos a los países mediante la reducción de los costos directos e indirectos relacionados con esta enfermedad. El Programa Nacional del Brasil, por ejemplo, evitó 277.000 nuevas infecciones y 85.000 muertes entre 1985 y 1995, y además permitió ahorrar US\$ 7,16 por cada dólar estadounidense gastado (5).

9. En todas las zonas endémicas se han observado reducciones importantes del número de casos agudos y de la presencia intradomiciliaria de triatominos. El número estimado de muertes anuales en todo el mundo disminuyó de 45.000 en la década de 1980 a cerca de 12.000 en el 2008. El número estimado de personas infectadas pasó de 30 millones en 1990 a 8 millones en el 2006. En esos 16 años, la incidencia anual decreció de 700.000 a 56.000 y la carga de la enfermedad de Chagas disminuyó de 2,8 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad a menos de 500.000.

10. Si bien se han logrado avances sustanciales, no todos los países han conseguido alcanzar las metas propuestas y se presentan nuevos desafíos como la propagación, debido a movimientos migratorios de esta enfermedad a países no endémicos, la necesidad de lograr la sostenibilidad de los programas, el enfrentamiento de situaciones de emergencia y reemergencia, y la necesidad de ampliar la cobertura de diagnóstico y tratamiento adecuados.

11. En el 2010, varios países de la Región no alcanzaron las metas de control propuestas. La falta de prioridad de este tema en las agendas de salud, la asignación limitada de recursos, los problemas en la interrelación de los niveles nacionales y locales de salud, los eventos sanitarios emergentes que compitieron por los recursos, entre otras causas coyunturales, ocasionaron el rezago de las expectativas planteadas.

## **Análisis de la situación**

---

<sup>5</sup> Especies alóctonas (o exóticas): Se definen como aquellas especies que se introducen fuera de su propia área de distribución natural. Un caso específico es el de *Rhodnius prolixus* en Centro América, que fue introducida por el hombre desde Sur América.

12. La enfermedad de Chagas forma parte del grupo de enfermedades desatendidas. La población afectada y en riesgo —incluidos los grupos étnicos más vulnerables— generalmente vive en pobreza y con condiciones precarias, especialmente de las viviendas y su entorno, donde se dan las condiciones para la colonización de los triatomíneos vectores y favorecen su contacto con las personas (6).

13. Esta es la enfermedad tropical transmisible de mayor prevalencia en América Latina. La carga de enfermedad en 1990 era cinco veces mayor que la del paludismo y mayor que la generada en las Américas por todas las otras enfermedades tropicales tomadas en conjunto (7). Aunque la carga de enfermedad producida por la enfermedad de Chagas disminuyó significativamente entre 1990 y el 2001, en este último año era todavía mayor que la producida individualmente por la malaria, la leishmaniasis, la lepra y la esquistosomiasis (8).

14. La enfermedad en humanos se caracteriza por dos fases: una aguda, con riesgo potencial de miocarditis, encefalitis y otras formas graves diseminadas, y otra crónica, en la cual los síntomas pueden aparecer tras décadas de evolución y puede originar complicaciones en hasta 30% de los infectados. Entre las complicaciones más importantes se encuentran las alteraciones cardíacas con trastornos del ritmo y la conducción del impulso, y las miocardiopatías dilatadas difíciles de controlar, en ocasiones acompañadas de afectaciones secundarias, como tromboembolismos. Puede provocar también megaformaciones digestivas, como megaesófago o megacolon (9). El paciente chagásico crónico permanece de por vida con un bajo nivel de parasitemia, lo cual no impide el recrudecimiento de la infección en casos de inmunodepresión —como la provocada por la infección con el VIH y el sida, entre otras—, que puede elevar la letalidad de la enfermedad. La amplia distribución de *T. cruzi* en América Latina requiere la capacitación de personal de salud en el tema en todos los servicios primarios de salud para atender y derivar a los pacientes a servicios de mayor nivel de complejidad cuando sea necesario.

15. Las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la Oficina Sanitaria Panamericana 1999-2002, aprobadas por la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana (10), señalan las metas regionales para todos los países. Entre ellas se encuentran, el tamizaje de toda la sangre a transfundir con el objetivo de prevenir la transmisión transfusional de las infecciones por los virus de la hepatitis B y C, el VIH y *T. cruzi* y la sífilis, y que todos los bancos de sangre deben participar en programas de control de calidad a fin de aumentar la seguridad sanguínea. En el Plan Regional de Seguridad Transfusional 2000-2004 (11), se reiteraron estas metas. La respuesta de los países ha permitido reducir el riesgo estimado de infección por *T. cruzi* postransfusional en América Latina de 1:762 donantes en el año 2000 a 1:3.377 donantes en el 2005 (12). En el 2007, 18 de los 21 países endémicos tamizaban toda la sangre donada en todos sus bancos de sangre. A partir del año 2006, la Cruz Roja de los Estados Unidos de América

incorporó este tamizaje en su sistema de bancos de sangre, que cubre 65% de las donaciones de sangre (13-15).

16. La transmisión vertical de la infección de la madre al feto por vía placentaria puede llegar a afectar a 2-8% de los recién nacidos de madres infectadas por *T. cruzi*. La importancia y peso de esta vía de transmisión varía según el país y la subregión. Varios países ya cuentan con instrumentos legales que estipulan la cobertura en los servicios primarios de salud, la organización y la capacitación del personal de salud con vistas a realizar el diagnóstico de esta infección en los controles de las mujeres gestantes, y establecen intervenciones diagnósticas y terapéuticas oportunas sobre el recién nacido en el parto, con seguimiento durante los dos semestres siguientes. La infección congénita es curable en la mayoría de los casos si se trata dentro de los 12 meses posteriores al nacimiento (16-17).

17. Las medidas de prevención, control y atención médica también deben abarcar otras vías de transmisión, algunas de ellas emergentes, como la oral, por trasplante y por accidentes de laboratorio, entre otras posibles. En particular, el consumo de alimentos contaminados ha causado brotes y muertes por la enfermedad de Chagas aguda en varios países de la Región (18).

18. Pese a los esfuerzos de la OPS y la OMS para mantener la provisión adecuada de nifurtimox y benznidazol, uno de los problemas más apremiantes en la atención médica de esta enfermedad es la falta de acceso a tratamientos etiológicos. Tal dificultad debería analizarse en la perspectiva edad, género y etnia. Estos medicamentos que ya han probado desde hace años su eficacia y son los indicados para casos agudos y crónicos tempranos, han demostrado su eficacia durante toda la fase crónica. Una innovación reciente digna de mencionar es la formulación pediátrica de benznidazol desarrollada por el Laboratorio Federal de Pernambuco, Brasil, que estaría disponible a finales del 2010. No obstante, falta mayor desarrollo e innovación en este tema; la evolución conceptual en la aplicación de tratamientos y la falta de incentivos económicos para la investigación y la producción de estos medicamentos han llevado en ocasiones a su desabastecimiento. Este es un tema de la mayor importancia ya que para poder hacer frente a la enfermedad de Chagas es necesario aplicar el tratamiento etiológico a los niños y los adolescentes afectados, así como a los pacientes adultos correctamente diagnosticados que lo puedan requerir y tolerar. Actualmente se lleva cabo un ensayo clínico dirigido a evaluar la factibilidad del tratamiento de pacientes crónicos (19).

19. Habitualmente, la falta de manifestaciones clínicas hace que esta sea una enfermedad silenciosa, muchas veces no diagnosticada y de la que poco se enseña en las escuelas y centros de formación de profesionales de la salud. En la atención médica todavía se observan graves deficiencias que deben superarse en bien de los 8 millones de

personas afectadas que se estima hay en las Américas, así como de las personas que han migrado a países no endémicos, ya sea dentro o fuera de la Región (20-21).

## **Propuesta**

### ***Estrategia***

20. La cooperación técnica internacional entre países endémicos, bajo la forma de iniciativas subregionales, con la secretaría técnica de la OPS, ha sido la estrategia básica de las acciones de prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas desde 1992 a la fecha. Esta cooperación ha propiciado mejoras en la atención médica, la investigación operativa y el fortalecimiento de procesos de salud en las zonas rurales. Por otra parte, la vasta experiencia acumulada en la Región de las Américas acerca de la aplicación de estrategias para la eliminación de enfermedades transmisibles y los progresos logrados en la reducción de la carga de esas enfermedades, asegura el éxito de esta empresa mediante la ejecución de estrategias técnicamente factibles, económicamente viables y socialmente aceptables. Estas estrategias, que se mencionan a continuación, están recogidas en el documento CD49/9 Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza, presentado en el 49.º Consejo Directivo (2009).

21. La eliminación de vectores intradomiciliarios (lucha antivectorial integrada) mediante el uso de insecticidas de acción residual, la vigilancia entomológica, el mejoramiento de la vivienda y el ordenamiento del medio (que abarca el reemplazo de la vivienda cuando esté indicado y sea posible) requiere generar acciones en ámbitos y coyunturas intersectoriales e interinstitucionales, dentro de las estructuras y funciones de la atención primaria de salud. Estas estrategias se basan y sustentan en la participación de la comunidad y la cooperación horizontal entre países mediante alianzas y coordinaciones adecuadas.

22. Otros componentes de la estrategia son el tamizaje de todos los donantes de sangre y el uso de reactivos de diagnóstico de calidad probada (validados por la autoridad reguladora competente o asociación profesional autorizada), la comprobación de la calidad interna de los equipos, los procedimientos y los reactivos diagnósticos, la verificación de las actividades y los registros correspondientes mediante visitas periódicas de auditoría, la capacitación continua del personal y la participación obligatoria en esquemas de evaluación del desempeño, tanto nacionales como internacionales.

23. La reducción de la transmisión vertical y de sus secuelas exige el tamizaje de la infección por *T. cruzi* en las embarazadas como parte del control prenatal universal con seguimiento de los recién nacidos de madre infectadas y la detección del parásito en la

sangre del cordón umbilical o la serología positiva para *T. cruzi* a los 6-12 meses del nacimiento, con el cumplimiento del tratamiento etiológico de todos los infantes positivos.

24. El diagnóstico, la atención médica y el tratamiento etiológico de los niños y los adolescentes de 15 años o más —así como el diagnóstico y la atención médica de los adultos infectados— deben estar garantizados en los servicios primarios de salud e integrados a ellos. Además, los servicios de mayor nivel de complejidad deben llevar a cabo los tratamientos médicos o médico-quirúrgicos de las personas infectadas por *T. cruzi* que se justifiquen y hayan sido referidos por el nivel primario a los servicios especializados. La atención primaria de salud es la estrategia institucional y comunitaria donde se pueden integrar los programas nacionales de prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas.

25. La promoción de mejores prácticas en la manipulación y preparación de los alimentos, con vistas a prevenir la infección por *T. cruzi* por vía oral debe estructurarse a partir del reconocimiento que la enfermedad de Chagas es una enfermedad transmitida por alimentos.

26. Las acciones de información, educación y comunicación deben incluir a la población de las áreas endémicas y al personal de salud y de educación. Debido a las relaciones estrechas de la enfermedad de Chagas con los diversos aspectos sociales, productivos y ambientales de las áreas endémicas, el éxito de la propuesta de prevención, control y atención dependerá de una adecuada coordinación intersectorial (salud, agricultura, vivienda y seguridad social, entre otros) e interinstitucional (ministerios, municipios, universidades, centros de investigación y cooperativas agropecuarias, entre otros) que garantice la eficacia y la sostenibilidad de las acciones. Así, esta estrategia constituye el soporte y al mismo tiempo es parte integral de todas las otras estrategias mencionadas previamente.

27. Las alianzas, la coordinación y la cooperación entre los sectores público, privado y de la sociedad civil en los países, junto con la cooperación técnica internacional, garantizan la sostenibilidad de las acciones orientadas a lograr los resultados esperados en la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas.

28. La calidad de la evidencia científica disponible debe continuar mejorándose mediante la realización de investigaciones con elevado rigor metodológico que sirvan de base para el diseño de acciones y políticas públicas que permitan alcanzar los objetivos propuestos en el Plan de Acción.

## Plan de acción

### *Metas y objetivos para el año 2015*

**META 1: INTERRUMPIR LA TRANSMISIÓN DE *T. CRUZI* POR VÍA VECTORIAL, TRANSFUSIONAL Y OTRAS VIAS EN TODAS LAS SUBREGIONES DE LAS AMÉRICAS, PARA LO CUAL SE REQUIERE LA AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y DE CONTROL, TOMANDO EN CUENTA LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y LAS PECULIARIDADES ECOLÓGICAS Y DE ORGANIZACIÓN EN CADA SUBREGIÓN.**

**Objetivo 1.1 - Interrumpir la transmisión vectorial domiciliaria de *T. cruzi* para el año 2015.**

#### **Indicadores**

- Índice de infestación domiciliar menor de 1% por especies determinadas de triatominos.
- Seroprevalencia menor de 1% en niños menores de 5 años.
- Ningún caso agudo por transmisión vectorial.

#### **Objetivos específicos:**

- Eliminación de especies de triatominos alóctonos.
- Prevención de la transmisión a las personas en caso de existir triatominos autóctonos (domiciliados o silvestres que colonicen o incursionen en el domicilio).
- Registrar los progresos hacia la interrupción de la transmisión vectorial domiciliaria, mediante indicadores que midan los estadios preliminares de consolidación.

**Objetivo 1.2 - Interrumpir la transmisión de *T. cruzi* por vía transfusional y por trasplante de órganos para el 2015.**

#### **Indicadores**

- Cobertura de tamizaje de 100% para *T. cruzi* en donantes de sangre y órganos.
- Tendencia descendente en la seroprevalencia de anticuerpos anti – *T. cruzi* en bancos de sangre.
- Programa de sangre segura supervisado y evaluado.

#### **Objetivos específicos:**

- Tamizaje serológico de la sangre a transfundir.
- Calidad asegurada de los reactivos de diagnóstico.
- Control interno de la calidad de los equipos.
- Sistemas de información validados.
- Normas y procedimientos estandarizados, escritos, supervisados y evaluados.

- Capacitación continua del personal.
- Participación obligatoria de los bancos de sangre en esquemas de evaluación del desempeño, tanto nacionales como internacionales.

**Objetivo 1.3 - Prevenir la transmisión de *T. cruzi* por otras vías, como la oral por alimentos contaminados o por accidentes de laboratorio.**

**Indicadores**

- Número de brotes/año de la enfermedad de Chagas causados por alimentos contaminados.
- Número de casos/año (incidencia) de la infección por *T. cruzi* debido a accidentes de laboratorio.
- Número anual de personas infectadas por *T. cruzi* por el consumo de alimentos o debido a accidentes de laboratorio.

**Objetivos específicos:**

- Promoción de mejores prácticas en la manipulación y preparación de los alimentos.
- Legislación adecuada a la realidad epidemiológica.
- Prevención y control de brotes de la enfermedad transmitida por alimentos.

***Actividades de los Estados Miembros***

- Fortalecer los programas nacionales para lograr una utilización eficiente de los recursos asignados y establecer criterios de buenas prácticas para la lucha antivectorial integrada (química, gestión ambiental y estrategias de información, educación y comunicación).
- Fortalecer las capacidades nacionales de apoyo a los departamentos, provincias, regiones o municipios en materia de lucha antivectorial.
- Establecer planes de acción para lograr que los países que aún no cuentan con un programa de cobertura universal del tamizaje de *T. cruzi* en donantes de sangre y de órganos lo establezcan, y se mantenga en los países que ya cuentan con ese programa; usar reactivos de diagnóstico de calidad probada mediante su validación por autoridad competente o asociación profesional autorizada; comprobar la calidad de los equipos, los procedimientos, los reactivos diagnósticos y los registros completos de todas las actividades, mediante visitas periódicas de auditoría; mantener la capacitación continua del personal; y establecer la participación obligatoria de los bancos de sangre en esquemas de evaluación de desempeño, tanto nacionales como internacionales.
- Establecer programas integrales de control, sustentables a escala nacional, provincial y municipal, que permitan abordar enfermedades coexistentes.
- Establecer estrategias de evaluación del desempeño, tanto nacionales como internacionales, en los países donde aún no están establecidas estas estrategias.

- Fortalecer las acciones para lograr la inocuidad de los alimentos, a partir de considerar la enfermedad de Chagas una enfermedad transmitida por alimentos.
- Implementar programas sustentables de información, educación y comunicación con participación comunitaria, que cuenten entre sus componentes con procesos de evaluación continua.
- Fortalecer las capacidades locales en materia de elaboración, implementación y análisis de investigaciones que apoyen la consecución de las metas propuestas.

### ***Actividades de la Oficina***

- Fungir como secretaría técnica de las iniciativas subregionales y la cooperación técnica en el marco de las Iniciativas Subregionales de Prevención y Control.
- Convocar un grupo técnico asesor en prevención, control y atención médica de la enfermedad de Chagas, con funciones de apoyo y coordinación de las actividades y estrategias regionales en el tema.
- Crear y aplicar procesos de monitoreo y evaluación que incluyan misiones en el terreno.
- Mantener la cooperación técnica con los países en un esquema integrado con la prevención de otras enfermedades desatendidas.
- Abogar, en conjunto con los países, para la movilización de recursos que fortalezcan el trabajo regional.
- Brindar asesoría técnica.

**META 2: DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD MEDIANTE UN MAYOR ACCESO DE LAS PERSONAS INFECTADAS, SINTOMÁTICAS O ASINTOMÁTICAS, A LOS SERVICIOS DE SALUD AMPLIANDO TAMBIEN LA COBERTURA DEL DIAGNÓSTICO, LA ATENCIÓN MÉDICA DE CALIDAD Y EL TRATAMIENTO OPORTUNO DE LOS CASOS.**

### **Objetivo 2.1 – Diagnóstico y tratamiento de personas infectadas por *T. cruzi*.**

#### **Indicadores**

- Cobertura del 100% en el diagnóstico, atención médica y tratamiento de niños infectados por *T. cruzi*, de los identificados por encuestas de seroprevalencia.
- Cobertura del 100% en el diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno a adultos con diagnóstico confirmado de infección o enfermedad chagásica, de acuerdo con las normas de tratamiento del país.

#### **Objetivos específicos:**

- Integración del diagnóstico de la enfermedad de Chagas en el nivel primario de salud con el objetivo de proveer el tratamiento oportuno y atención médica a todos los pacientes infectados por *T. cruzi*.

- Reforzamiento de la cadena de suministros para los tratamientos existentes en los países, a fin de aumentar el acceso a los mismos.
- Establecimiento de mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes, según su complejidad clínica.

### **Objetivo 2.2 - Prevención secundaria de la enfermedad de Chagas congénita.**

#### **Indicadores**

- Número de países con programas operativos para la prevención y el control de la enfermedad de Chagas congénita.
- Cobertura anual con tendencia creciente en el tamizaje para *T. cruzi* en gestantes y en poblaciones de riesgo.
- Cobertura del 100% en el diagnóstico de las madres embarazadas infectadas y del tratamiento de sus hijos infectados.

#### **Objetivos específicos:**

- Diagnóstico materno de infección por *T. cruzi* y seguimiento del hijo o hija hasta los 12 meses de edad, con tratamiento de la madre durante el posparto y la poslactancia, bajo indicación médica, previa evaluación individual.
- Evidencias de que la mayor parte de los casos de infección vertical detectados en ese período reciben tratamiento y se curan (12, 13).

### **Objetivo 2.3 – Investigación e innovación tecnológica, con especial énfasis en el desarrollo de nuevas y mejores herramientas para el diagnóstico y de medicamentos para el tratamiento de la enfermedad.**

#### **Indicadores**

- Número de países con acceso a los medicamentos.
- Número de proyectos de investigación y desarrollo apoyados.

#### **Objetivos específicos:**

- Promoción de la investigación, desarrollo e innovación tecnológica de nuevos y mejores medicamentos y herramientas para el diagnóstico para todos los estadios de la enfermedad con base en las prioridades regionales.
- Desarrollo y producción de formulas pediátricas.
- Introducción de mejoras en los procesos de distribución y acceso.

#### **Actividades de los países**

- Promover los proyectos de investigación y desarrollo de medicamentos y de pruebas de diagnóstico que sean prioritarios, mediante los mecanismos establecidos y el

desarrollo de nuevos mecanismos de cooperación interinstitucional, intersectorial, internacional y regional.

- Mejorar el financiamiento dedicado a la investigación, el desarrollo y la innovación tecnológica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas, contemplando las oportunidades de cooperación con los diferentes sectores, subregionales y regionales, y con los mecanismos de financiamiento internacional.
- Cuantificar las necesidades de medicamentos y pruebas diagnósticas actuales y futuras que puedan informar la demanda de producción y utilización de los mismos.

### ***Actividades de la Oficina***

- Promover y fortalecer las redes, alianzas y vínculos de cooperación con socios y sectores estratégicos dedicados a la innovación tecnológica de herramientas para el diagnóstico y tratamiento.
- Apoyar la definición de prioridades y brechas de innovación tecnológica para diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad de Chagas y el establecimiento de mecanismos eficientes para la difusión de la información.
- Promover y apoyar los proyectos de cooperación regional y sub-regional que permitan cubrir las brechas de innovación tecnológica existentes, utilizando los mecanismos usuales de cooperación y otros instrumentos como la Plataforma Regional de innovación y acceso para la salud.
- Cooperar con la cuantificación y sistematización de la demanda actual y futura de medicamentos y pruebas diagnósticas que informe tanto a las autoridades sanitarias como a los productores y donantes.
- Facilitar el acceso y uso racional de los medicamentos y herramientas para el diagnóstico existentes más adecuadas mediante mecanismos de compra conjunta como el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública.
- Fortalecimiento de las autoridades sanitarias y reguladoras para garantizar el acceso a medicamentos y herramientas para el diagnóstico de calidad asegurada.
- Promover la inclusión de la promoción de la innovación en esta área y cualquier otro tema relevante a la enfermedad de Chagas, en las agendas políticas de los mecanismos de integración de nivel sub-regional, regional y de los donantes.

### **Mobilización de recursos**

29. Para el quinquenio 2011-2015 se deberían invertir aproximadamente \$6.000.000 en cooperación técnica por parte de la OPS y aproximadamente \$71.000.000 anuales en actividades para los 21 países endémicos de la Región a través de sus respectivas iniciativas.

30. Se reconoce como esencial la interacción, coordinación y complementación con otras instancias, como bancos de desarrollo, organismos regionales, agencias nacionales, agencias internacionales, organizaciones no gubernamentales, fundaciones y centros.

31. En la cooperación técnica para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas participan el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Comunidad Europea, la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI), el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Médicos sin Fronteras (MSF), la Iniciativa para Medicamentos para las Enfermedades Desatendidas (DNDi), la Fundación Mundo Sano de Argentina (FMS), el Programa de Investigación en Enfermedades Tropicales (TDR), la Cruz Roja Internacional, instituciones académicas, universitarias, sociedades profesionales y organizaciones comunitarias.

### **Sistemas de monitoreo y de evaluación**

32. En el marco de las iniciativas subregionales de prevención y control (INCOSUR, IPA, IPCA y AMCHA) y la desarrollada en México, los países presentan informes en sus reuniones anuales y mediante misiones externas de evaluación coordinadas por OPS, en los que exponen a sus pares las acciones cumplidas, los resultados y las metas alcanzadas. Los ejercicios realizados en el marco de la Estrategia de Cooperación con el País de la OPS también sirven para monitorear el cumplimiento de las actividades y los objetivos.

33. Los mecanismos de evaluación de los procesos y su impacto se planifican y ejecutan en acuerdo con los países y las iniciativas subregionales a que pertenece. Existen misiones internacionales independientes que realizan visitas sobre el terreno para verificar y evaluar los resultados alcanzados por un país. El informe correspondiente es avalado, si hay conformidad con el mismo, por los delegados nacionales en las reuniones intergubernamentales de cada iniciativa subregional.

### **Intervención del Consejo Directivo**

34. Se solicita al Consejo Directivo que examine la información que se proporciona en este documento y que apruebe la resolución preparada por el Comité Ejecutivo en su 146.<sup>a</sup> sesión (anexo C).

## Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Estimación cuantitativa de la enfermedad de Chagas en las Américas (Documento OPS/HDM/CD/425.06.). Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPS; 2006.
2. Organización Panamericana de la Salud. Reunión Conjunta de las Iniciativas Subregionales de Prevención y Control de Chagas en América del Sur (Cono Sur, Países andinos y Amazónicos). (Documento OPS/HDM/CD/480.07, Montevideo (Uruguay). OPS; 2007. Disponible en: <http://www.bvsops.org.uy/pdf/chagas17.pdf>.
3. Organización Panamericana de la Salud. II Reunión Conjunta de Iniciativas Subregionales de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas. Cono Sur, Centroamérica, Andina, Amazónica y México. Ed.OPS, Belem do Pará, Brasil, 2009. Disponible en: [http://devserver.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=663&Itemid=232](http://devserver.paho.org/uru/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=663&Itemid=232).
4. Organización Panamericana de la Salud. La enfermedad de Chagas, a la puerta de los 100 años del conocimiento de una endemia americana ancestral. (Documento OPS/FMS, OPS/HDM/CD/426.06.). Buenos Aires (Argentina). Fundación Mundo Sano; OPS; 2006.
5. Organización Panamericana de la Salud. Análise de custo-efetividade do programa de controle da doença de Chagas no Brasil. Brasília: OPS; 2000.
6. World Health Organization. Neglected tropical diseases, hidden successes, emerging opportunities. Geneva: WHO; 2009.
7. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1993: Inversión en Salud. Oxford: Oxford University Press; 1993.
8. López AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL, eds. Global burden of disease and risk factors. New York: Oxford University Press, World Bank; 2006.
9. Prata A. Clinical and epidemiological aspects of Chagas disease. Lancet Infect Dis. 2001;1:92:100.
10. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones Estratégicas y Programáticas, 1999-2002. Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPS; 1998. Disponible en: [www.paho.org/spanish/dbi/ecp/spo99\\_spa.htm](http://www.paho.org/spanish/dbi/ecp/spo99_spa.htm).

11. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de los Bancos de Sangre en la Región de las Américas. CD41/13, San Juan (Puerto Rico): OPS; 1999. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd41\\_13.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd41_13.pdf).
12. Organización Panamericana de la Salud. Suministro de sangre para transfusiones en los países del Caribe y de Latinoamérica en 2006 y 2007. Avance desde 2005 del Plan Regional de Seguridad Transfusional. (Documento THR/HT/2009/01 ESP.). Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPS; 2009.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Chagas disease provider fact sheet. Atlanta, GA: CDC; 2009. [Consultado el 13 de mayo del 2010. Disponible en: <http://www.wellnessproposals.com/health-care/handouts/parasitic-zoonotic-diseases/chagas-no-longer-an-exotic-disease.pdf>].
14. Centers for Disease Control and Prevention. Blood donor screening for Chagas disease. Morb Mort Weekly Rep. 2007;56(7):141-3. [Consultado el 13 de mayo del 2010]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5607a2.htm>.
15. American Association of Blood Banks. Advancing Transfusion and Cellular Therapies Worldwide. Assoc Bull. 2006;6(06-08):1-7. Disponible en: <http://www.aabb.org/resources/publications/bulletins/Pages/ab06-08.aspx>.
16. Organización Panamericana de la Salud. Consulta OPS sobre la enfermedad de Chagas congénita, su epidemiología y manejo. (Documento OPS/DOPC/CD/301.04). Montevideo (Uruguay): OPS; 2004.
17. Carlier Y, Torrico F. Congenital infection with *T. cruzi*: from mechanisms of transmission to strategies for diagnosis and control. Rev Soc Braz Med Trop. 2003;36(6):767-71.
18. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedad de Chagas. Guía para vigilancia, prevención, control y manejo clínico de la enfermedad de Chagas aguda transmitida por alimentos. (Documento VP/OPAS/OMS, PAHO/HSD/VP/539.09). Río de Janeiro (Brasil): PANAFTOSA; 2009.
19. Urbina, J.: Bases Científicas del Tratamiento Específico de Pacientes Adultos con Enfermedad de Chagas Crónica: Una Evaluación Crítica. Informe a OPS, 34pp. Cincinnati, 2009. Specific chemotherapy of Chagas disease: relevance, current limitations and new approaches. Disponible en: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6T1R-4XNF452-1&\\_user=10&\\_coverDate=11%2F10%2F2009&\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_orig=search](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T1R-4XNF452-1&_user=10&_coverDate=11%2F10%2F2009&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search)

[h& sort=d& docanchor=&view=c& searchStrId=1335547216& rerunOrigin=google& acct=C000050221& version=1& urlVersion=0& userid=10&md5=95c82b0bdbab8926dad984d9be0f2520.](http://www.msf.es/images/chagas_silenciosa_silenciada_tcm3-1376.pdf)

20. Uranga N, Herranz E. Chagas: enfermedad silenciosa y silenciada. Barcelona (España): Médicos sin Fronteras; 2003. [Consultado el 13 de mayo del 2010]. Disponible en: [http://www.msf.es/images/chagas\\_silenciosa\\_silenciada\\_tcm3-1376.pdf](http://www.msf.es/images/chagas_silenciosa_silenciada_tcm3-1376.pdf).
21. Hotez PJ, Bottazzi ME, Franco-Paredes C, Ault SK, Roses-Periago M. The Neglected Tropical Diseases of Latin America and the Caribbean: A Review of Disease Burden and Distribution and a Roadmap for Control and Elimination. PLoS Negl Trop Dis 2(9):e300. doi:10.1371/Journal.pntd.0000300. Disponible en: <http://www.plosntds.org/article/info:doi/10.1371/journal.pntd.0000300>.

**Cuadro 1:**

**Línea de base, objetivos e hitos en número de países con interrupción de la transmisión vectorial domiciliaria o transfusional de *T. cruzi*, para los 21 países endémicos de las Américas.**

Grupo de países	2007	2008-2009	2010	2011
Con interrupción total de la transmisión vectorial domiciliaria	3	6	8	15
Con interrupción parcial <sup>a</sup> de la transmisión vectorial domiciliaria	1	2	4	2
Con tamizaje universal de sangre para Chagas	14	18	19	20

<sup>a</sup> Interrupción parcial debido a la cobertura territorial incompleta o la acción limitada a una especie determinada del insecto vector.

**Cuadro 2:**

**Situación de la transmisión vectorial, transfusional y vertical de *Trypanosoma cruzi* en los 21 países y territorios endémicos de la Región**

País o territorio	Transmisión vectorial	Transmisión transfusional	Transmisión vertical	Iniciativa subregional
Argentina	Interrumpida para <i>Triatoma infestans</i> en 5 provincias (2001). Persiste la transmisión activa en otras 18 provincias endémicas.	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre.	Identificada. Tiene programa de diagnóstico y tratamiento.	INCOSUR
Belice	Interrumpida para <i>T. dimidiata</i> .	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre.	Sin datos.	IPCA
Bolivia	Activa. Ha disminuido en los últimos 10 años por acciones de control. Han disminuido la infestación domiciliar, la infección triatomínica y los casos agudos.	Cobertura parcial del tamizaje en los bancos de sangre.	Identificada; sin acciones de alcance general.	INCOSUR AMCHA

País o territorio	Transmisión vectorial	Transmisión transfusional	Transmisión vertical	Iniciativa subregional
Brasil	Interrumpida para <i>T. infestans</i> (2006). Transmisión silvestre y brotes por alimentos contaminados en la Amazonía. En el marco de AMCHA se implementó un sistema de vigilancia propio en la Amazonía; en el resto del país con transmisión por vectores funciona la vigilancia vectorial.	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre.	Identificada. Prevalente en Río Grande del Sur donde se diagnostica y trata; en el resto del país es poco frecuente.	INCOSUR AMCHA
Chile	<u>Interrumpida para <i>T. infestans</i></u> (1999). Hay vigilancia vectorial. <u>Transmisión vectorial interrumpida.</u> (Nota aclaratoria: En Chile sólo <i>T. infestans</i> es vector).	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre.	Identificada. Tiene programa de diagnóstico y tratamiento.	INCOSUR
Colombia	Transmisión activa por <i>T. dimidiata</i> y <i>Rhodnius prolixus</i> . Transmisión silvestre y brotes en la Amazonía por alimentos contaminados. Hay vigilancia epidemiológica y vectorial En el marco de AMCHA se implementó un sistema de vigilancia propio en la Amazonía.	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre.	Identificada.	IPA AMCHA
Costa Rica	Transmisión activa por <i>T. dimidiata</i> .	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre.	Sin datos.	IPCA
Ecuador	Transmisión activa por <i>T. dimidiata</i> y <i>R. ecuadoriensis</i> . Transmisión silvestre y brotes por alimentos contaminados en la Amazonía. Hay vigilancia epidemiológica y vectorial En el marco de AMCHA se implementó un sistema de vigilancia propio en la Amazonía.	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre.	Identificada.	IPA AMCHA
El Salvador	Interrumpida para <i>R. prolixus</i> (2009). Transmisión activa por <i>T. dimidiata</i> .	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre.	Sin datos.	IPCA
Guatemala	Interrumpida para <i>R. prolixus</i> (2008).	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre.	Sin datos.	IPCA
Guayana	Transmisión silvestre y brotes	La sangre se trae de	Sin datos.	AMCHA

País o territorio	Transmisión vectorial	Transmisión transfusional	Transmisión vertical	Iniciativa subregional
Francesa	por alimentos contaminados en la Amazonía. Hay vigilancia epidemiológica y vectorial En el marco de AMCHA se implementó un sistema de vigilancia propio en la Amazonía.	Francia.		
Guyana	Transmisión silvestre y brotes por alimentos contaminados en la Amazonía. Hay vigilancia epidemiológica y vectorial En el marco de AMCHA se implementó un sistema de vigilancia propio en la Amazonía.	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre, recién implementado.	Sin datos.	AMCHA
Honduras	Interrumpida para <i>R. prolixus</i> (2008).	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre.	Sin datos.	IPCA
México	Interrumpida para <i>R. prolixus</i> (2009). Transmisión activa por especies autóctonas.	Tamizaje de 80% de los donantes de sangre; se avanza en el tema.	Identificada.	NINGUNA
Nicaragua	Transmisión activa por <i>R. prolixus</i> y <i>T. dimidiata</i> , con claros avances de control sobre el primero.	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre.	Sin datos.	IPCA
Panamá	Transmisión activa por <i>R. pallescens</i> y <i>T. dimidiata</i> , con vigilancia establecida.	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre.	Sin datos.	IPCA
Paraguay	Interrumpida para <i>T. infestans</i> en la Región Oriental (2008). La transmisión persiste en el Chaco.	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre.	Identificada. Tiene programa de diagnóstico y tratamiento.	INCOSUR
Perú	Interrumpida para <i>T. infestans</i> en Tacna (2009). Persiste en otros cuatro departamentos del sur y el norte con otros vectores. Transmisión silvestre en la Amazonía. Hay vigilancia epidemiológica y vectorial	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre.	Identificada.	IPA AMCHA
Suriname	Transmisión silvestre y brotes por alimentos contaminados en la Amazonía.	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre, en proceso de implementación.	Sin datos.	AMCHA

<b>País o territorio</b>	<b>Transmisión vectorial</b>	<b>Transmisión transfusional</b>	<b>Transmisión vertical</b>	<b>Iniciativa subregional</b>
Uruguay	Interrumpida para <i>T. infestans</i> (1997). Hay vigilancia epidemiológica y vectorial	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre.	Identificada. Tiene programa de diagnóstico y tratamiento.	INCOSUR
Venezuela	Transmisión activa por <i>R. prolixus</i> y <i>T. maculata</i> focalizada. Transmisión silvestre y brotes por alimentos contaminados en la Amazonía y fuera de ella. Hay vigilancia epidemiológica y vectorial	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre.	Identificada.	IPA AMCHA

INCOSUR: Iniciativa del Cono Sur para el Control de la Enfermedad de Chagas.

IPA: Iniciativa de los Países Andinos para el Control de la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas.

IPCA: Iniciativa de los Países de América Central para el Control de la Transmisión Vectorial, Transfusional y la Atención Médica de la Enfermedad de Chagas.

AMCHA: Iniciativa de los Países Amazónicos para la Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD50/16 (Esp.)  
Anexo B

**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA  
CON LOS MANDATOS INSTITUCIONALES**

**1. Punto del orden del día:** 4.12. Estrategia y plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas

**2. Unidad a cargo:** Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles, Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades (HSD/CD)

**3. Funcionario a cargo:** Dr. Roberto Salvatella Agrelo

**4. Centros colaboradores e instituciones nacionales vinculadas a este punto del orden del día:**

- Centro de Investigaciones de Plagas e Insecticidas (CIPEIN) / Instituto de Investigaciones Científicas y Técnicas de las Fuerzas Armadas (CITEFA), Argentina, Centro Colaborador de la OMS.
- Instituto Nacional de Investigaciones de la Enfermedad de Chagas Dr. Mario Fatala Chabén (INDIECH), Argentina, Centro Colaborador de la OMS.
- Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Brasil.
- Fundación Mundo Sano, Argentina.
- Superintendencia de Control de Endemias (SUCEN), Brasil.

**5. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017:**

- Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos. Área de acción, inciso *d*, párrafos 52-57.
- Reducir los riesgos y la carga de enfermedad. Área de acción, inciso *e*, párrafos 58-60.

**6. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico 2008-2012:**

**Resultado previsto a nivel regional 1.3:** Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para ofrecer a todas las poblaciones acceso a intervenciones de prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles desatendidas, entre ellas las enfermedades zoonóticas

**Indicadores:**

- 1.3.7: Número de países con índice de infestación domiciliar por *T. infestans* (Cono Sur) y *R. prolixus* (América Central) inferior a 1%
- 1.3.8: Número de países que realizan un control completo de los bancos de sangre para evitar la transmisión de la enfermedad de Chagas a través de transfusiones.

**7. Mejores prácticas en esta área y ejemplos de países de la Región de las Américas:**

Argentina, Brasil, Chile, Guatemala, Honduras y Uruguay.

**8. Repercusiones financieras del punto del orden del día:**

Para el quinquenio 2009-2013 se invertirán entre US\$ 2.500.000 y \$6.000.000 en cooperación técnica y aproximadamente \$71.000.000 anuales en actividades de los países.

La estimación de las cifras precedentes se realizó tomando como base lo invertido actualmente y lo que se debería invertir para lograr los resultados propuestos. Se estimó sobre la base de una propuesta de mínimo alcance y otra de máximo alcance.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **50.º CONSEJO DIRECTIVO**

### **62.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010*

---

CD50/16 (Esp.)  
Anexo C  
ORIGINAL: ESPAÑOL

### ***PROYECTO DE RESOLUCIÓN***

#### **ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN, EL CONTROL Y LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS**

##### ***EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo examinado documento CD50/16, *Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas*, y tomando en consideración:

- a) que existen mandatos y resoluciones anteriores de la Organización Panamericana de la Salud, como la resolución CD49.R19 del 49.º Consejo Directivo (2009), *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza*, y la resolución WHA63.20 de la Asamblea Mundial de la Salud (2010), *Enfermedad de Chagas: control y eliminación*;
- b) la necesidad de cumplir la “agenda inconclusa”, ya que la proporción de la población afectada sigue siendo alta entre los más pobres y los pueblos más marginados de las Américas, y de abordar los determinantes de la salud para reducir la carga sanitaria, social y económica que representa la enfermedad de Chagas;
- c) la vasta experiencia de la Región de las Américas en la implementación de estrategias para la eliminación de enfermedades transmisibles y los progresos logrados en la reducción de la carga que significa la enfermedad de Chagas, para cuya prevención y control existen intervenciones de salud pública adecuadas y efectivas en función del costo;

- d) los logros obtenidos por los Estados Miembros por medio de las iniciativas subregionales de prevención y control de la enfermedad de Chagas, pero consciente de la necesidad de ampliar las acciones existentes,

**RESUELVE:**

1. Respalda la Estrategia y aprueba el Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) revisen los planes nacionales o establezcan nuevos planes para la prevención, el control y la optimización del acceso a la atención médica de la enfermedad de Chagas con un enfoque integral que abarque los determinantes sociales de la salud, tomando en cuenta la colaboración interprogramática y la acción intersectorial;
  - b) fortalezcan y privilegien el ámbito de las iniciativas subregionales de prevención y control de la enfermedad de Chagas, incorporando a las mismas el componente de atención médica a los afectados, para seguir avanzando mediante la cooperación técnica entre países hacia el logro de los objetivos propuestos;
  - c) provean los recursos necesarios e implementen la Estrategia y el Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas;
  - d) multipliquen esfuerzos para alcanzar la meta ya establecida de eliminación de la transmisión vectorial de *T. cruzi* para el año 2015, así como para actuar sobre las vías de transmisión transfusional, transplacentaria, por donación de órganos y otras;
  - e) pongan en práctica las estrategias de prevención, diagnóstico, atención médica, tratamiento y control vectorial de una manera integrada, con amplia participación comunitaria, de manera que contribuyan al fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, incluidos la atención primaria de salud y los sistemas de vigilancia, y de alerta y repuesta, teniendo en cuenta las particularidades de género y de los grupos étnicos;
  - f) apoyen las investigaciones tendientes a suministrar evidencia científica apropiada en las áreas de control, vigilancia, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas para alcanzar las metas establecidas en la presente Estrategia y el Plan de

acción, con énfasis en el desarrollo de pruebas diagnósticas asequibles y oportunas, incluida la prueba de cura, y medicamentos más seguros.

3. Solicitar a la Directora:

- a) que apoye la ejecución de la Estrategia y el Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas y provea la cooperación técnica necesaria a los países para la preparación y ejecución de los planes nacionales de acción;
- b) que continúe abogando por una movilización activa de los recursos y promueva la colaboración estrecha para forjar alianzas que respalden la aplicación de esta resolución, caso del fondo fiduciario destinado a apoyar la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas relacionadas con la pobreza, citado en la resolución CD49.R19 (2009);
- c) que refuerce los mecanismos regionales para mejorar el acceso y la distribución del tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas y estimule nuevos avances en esta materia, para superar barreras y dificultades en materia de accesibilidad al tratamiento;
- d) que promueva y fortalezca la cooperación técnica entre los países y la generación de alianzas estratégicas para llevar a cabo actividades dirigidas a la eliminación de la enfermedad de Chagas como problema de salud pública;
- e) que brinde su apoyo al fortalecimiento de la atención primaria de salud, así como al seguimiento y la evaluación de los planes nacionales de acción que se están ejecutando.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD50/16 (Esp.)  
Anexo D

**Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para  
la Oficina de los proyectos de resolución**

**1. Punto del orden del día:** 4.12. Estrategia y plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas.

**2. Relación con el presupuesto por programas:**

a) **Área de trabajo:** Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades (HSD/CD).

b) **Resultado previsto:** HSD/CD

RPR 1.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para ofrecer a todas las poblaciones acceso a intervenciones de prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles desatendidas, entre ellas las enfermedades zoonóticas.

**Indicadores:**

1.3.7: Número de países con índice de infestación domiciliar por *T. infestans* (Cono Sur) y *R. prolixus* (América Central) inferior a 1%.

1.3.8: Número de países que realizan un control completo de los bancos de sangre para evitar la transmisión de la enfermedad de Chagas a través de transfusiones.

**3. Repercusiones financieras:**

a) **Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su período de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos de personal y actividades):** Para el quinquenio 2009-2013 se invertirán en cooperación técnica entre US\$ 2.500.000 y \$6.000.000 (provenga del presupuesto regular o de fondos extrapresupuestarios). La estimación de las cifras a invertir en cooperación técnica se realizó tomando como base lo invertido actualmente y lo que se debería invertir para lograr los resultados propuestos. Se estimó sobre la base de una propuesta de mínimo alcance y otra de máximo alcance.

- b) Costo estimado para el bienio 2010-2011 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos de personal y actividades):** Se invertirán en cooperación técnica US\$ 500.000 (provenza del presupuesto regular o de fondos extrapresupuestarios).
- c) Del costo estimado que se indica en el apartado anterior, ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?:** Todos los fondos ya han sido programados en actividades del BPB para el bienio.

**4. Repercusiones administrativas:**

- a) Indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas:** Nacional, subregional y regional.
- b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en su equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):** Ninguna.
- c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):** Evaluación a finales del año 2013.