



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 22 al 26 de junio del 2009

Punto 4.5 del orden del día provisional

CE144/10, Rev. 1 (Esp.)
12 de mayo del 2009
ORIGINAL: INGLÉS

ELIMINACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DESATENDIDAS Y OTRAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA POBREZA

Introducción

1. Es éticamente imperativo eliminar enfermedades infecciosas para las cuales existen instrumentos costo-efectivos y que siguen asolando a las personas más pobres y más marginadas de la Región de las Américas. Por ende, es necesario emprender iniciativas decididas para que en el 2015 se hayan eliminado o reducido drásticamente tanto estas enfermedades desatendidas y otras relacionadas con la pobreza, como su carga desigual que afecta desmesuradamente a los pobres.

2. En América Latina y el Caribe, alrededor de 127 millones de personas viven en la pobreza y esta cifra tan alta contribuye a generar una mayor carga de algunas enfermedades infecciosas. Las enfermedades desatendidas suelen estar restringidas a secciones marginadas de la población, entre ellas las personas pobres que viven en el campo, los habitantes de los barrios pobres, los trabajadores migratorios, las mujeres y los indígenas¹. Los pobres padecen una carga mayor de las enfermedades parasitarias y de otro tipo que tiene su origen en el acceso insuficiente al agua potable, al saneamiento, a la vivienda adecuada, a la educación y a los servicios de salud; para ellos, las enfermedades desatendidas son tanto una causa como una consecuencia de la pobreza². La mayoría de ellas son afecciones crónicas que pueden reducir las destrezas para el aprendizaje, la productividad y la capacidad para generar ingresos. Será necesario adoptar un método integral para abordar estas enfermedades, a fin de contar con los instrumentos actuales de diagnóstico y de tratamiento y establecer un programa multisectorial que pueda abordar los factores sociales determinantes. No obstante, para alcanzar esta meta es necesario que haya un compromiso político que permita una mayor disponibilidad de recursos y el apoyo de la comunidad internacional.

¹ World Health Organization. *Global Plan to Combat Neglected Tropical Diseases 2008-2015*. (WHO/CDS/NTD/2007.3) Ginebra: OMS, 2007.

² Hotez Peter. Hookworm and poverty. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* (1136):38-44, 2008.

3. La finalidad de este documento es hacer un llamamiento a la acción a los Estados Miembros con miras a fortalecer las iniciativas para eliminar ciertas enfermedades infecciosas relacionadas con la pobreza, que ya se han considerado en resoluciones mundiales o regionales anteriores, pero que siguen siendo problemas de salud pública en la Región.

Antecedentes

4. Los Estados Miembros han expresado su compromiso político de abordar los problemas de salud pública que pueden eliminarse o reducirse drásticamente, mediante la aprobación de diversos mandatos y resoluciones. Entre estos se encuentran las resoluciones sobre: lepra (1991³), oncocercosis (1991⁴ y 2008⁵), filariasis linfática (1997⁶), enfermedad de Chagas (1998⁷), sífilis congénita (1995⁸), tracoma (1998⁹), esquistosomiasis y helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo (2001¹⁰), rabia humana transmitida por perros (2008¹¹), malaria (2000¹², 2005¹³) y tétanos neonatal (1989¹⁴).

³ Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA44.9. Adopción de la terapia combinada para la eliminación de la lepra como problema de salud pública, 44.^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1991.

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD35.R14. Situación de la erradicación/eliminación de ciertas enfermedades de la Región, 35.^o Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 1991.

⁵ Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD48.R12. Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas, 48.^o Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2008.

⁶ Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA50.29. La eliminación de la filariasis linfática como problema de salud pública, 50.^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1997.

⁷ Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA51.14. Eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas, 51.^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1998.

⁸ Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD38.R8. Eliminación de la sífilis congénita en las Américas, 38.^o Consejo Directivo. Washington, D.C.: OPS; 1995.

⁹ Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA51.11 Eliminación mundial del tracoma como enfermedad causante de ceguera, 51.^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2001.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Esquistosomiasis e infecciones por helmintos transmitidas por contacto con el suelo. WHA54.19, 54.^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2001.

¹¹ Organización Panamericana de la Salud. 15.^a Reunión Interamericana a nivel Ministerial sobre la Salud y la Agricultura (RIMSAs): "Agricultura y salud: Alianza por la Equidad y Desarrollo Rural en las Américas". Resolución CD48.R13, 48.^o Consejo Directivo. Washington D.C.: OPS; 2008.

¹² Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA58.2. Control del paludismo, 58.^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2005.

¹³ Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD42.R15. Hacer retroceder la malaria en la Región de las Américas, 42.^o Consejo Directivo. Washington D.C.: OPS; 2000.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA 42.32. Programa Ampliado de Inmunización, 42.^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1989.

5. Este compromiso también se refleja en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2008-2012, que propone luchar contra las enfermedades transmisibles que afectan más a las poblaciones pobres y marginadas de las Américas.¹⁵ Además, la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017, elaborada recientemente, aboga por la reducción de la carga de ciertas enfermedades transmisibles que afectan en mayor grado a los pobres.

6. En la Región de las Américas se ha adquirido mucha experiencia en la ejecución de estrategias de eliminación y de erradicación de enfermedades como la viruela, la poliomielitis y el sarampión. Y, gracias a los esfuerzos de los Estados Miembros, varias enfermedades desatendidas están cerca de ser eliminadas. Por ejemplo, se han obtenido logros alentadores en la eliminación de la filariasis linfática, cuya transmisión quizá se haya interrumpido en tres de los siete países con endemividad; además, se han hecho progresos importantes en los focos restantes. En cuanto a la oncocercosis, la meta de alcanzar al menos una cobertura de tratamiento de 85% de la población en riesgo se ha logrado en los 13 focos de los 6 países con endemividad. En los últimos dos años, se ha interrumpido la transmisión en seis de los focos y, desde 1995, no se han notificado en la Región casos nuevos de ceguera causados por la oncocercosis. En relación con la rabia humana transmitida por los perros, los casos se han reducido en 93% en el transcurso de los últimos 20 años, y anualmente se vacunan unos 45 millones de perros en los países con endemividad. El tétanos neonatal se ha reducido a un nivel tan bajo que la enfermedad ya no representa un problema de salud pública en América Latina y el Caribe, excepto en Haití. La transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas por los vectores principales se ha interrumpido en Uruguay, Brasil, Chile, Paraguay y en algunas provincias de la Argentina, así como en las zonas de Guatemala que anteriormente eran endémicas; la enfermedad también se ha reducido en otros cuatro países centroamericanos. La mayoría de los países latinoamericanos se están acercando a la meta del tamizaje para detectar la enfermedad de Chagas en 100% de sus bancos de sangre. Por último, la eliminación de la lepra como problema de salud pública se ha alcanzado en todos los países de América Latina y el Caribe, salvo en el Brasil.¹⁶

7. Desde el punto de vista técnico, hay consenso de que se cuenta con instrumentos y estrategias para combatir varias enfermedades tropicales desatendidas que se incluyeron

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. *Plan Estratégico 2008-2012*. OPS, Documento Oficial No. 328, Washington D.C.: OPS; 2007.

¹⁶ PAHO/HSD/CD. Provisional Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean [inédito] presentado a la consulta sobre un fondo fiduciario de América Latina y el Caribe para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas. Washington, D.C., 15 y 16 de diciembre del 2008.

el Plan Mundial de la OMS para Combatir las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2008-2015;¹⁷ la OPS está llevando a la práctica los lineamientos del plan de acción.

8. Recientemente, ha aumentado la ayuda de la comunidad internacional de donantes para combatir las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza. Entre estas contribuciones cabe mencionar US\$ 350 millones de la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos para el control de las enfermedades tropicales desatendidas, en el 2008, así como una subvención de \$34 millones de la Fundación Bill y Melinda Gates, en el 2009, para reducir la carga de las enfermedades tropicales desatendidas más prevalentes. Estas contribuciones intensificarán las iniciativas en marcha como son las subvenciones y las donaciones farmacéuticas que forman parte de iniciativas de cooperación bilateral y otros tipos de apoyo a las actividades emprendidas por los países.

9. La reducción de la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles, entre otras la carga de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas relacionadas con la pobreza, exige la forja de alianzas con otros actores y consultas con los interesados directos y las comunidades. Con este propósito, en el 2008, la OPS se asoció con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Red Mundial de Enfermedades Tropicales Desatendidas/Instituto Sabin para preparar una propuesta de creación de un fondo fiduciario destinado a apoyar la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas relacionadas con la pobreza a nivel de país. Esta propuesta se sometió a la consideración de los socios técnicos y algunos países en una reunión celebrada los días 15 y 16 de diciembre del 2008 en la sede de la OPS, en Washington, D.C.

Análisis de la situación y selección preliminar de las enfermedades

Análisis de la situación

10. A pesar de los logros importantes alcanzados en los últimos años, un número considerable de personas en América Latina sigue expuesta al riesgo de contraer alguna de estas enfermedades. Un estudio preliminar que analizó la situación de 10 enfermedades desatendidas, que recabó información de fuentes secundarias, mostró que las enfermedades desatendidas ocurren en cierto grado en todos los países de América Latina y el Caribe. Las más comunes son las helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo y se calcula que unos 26 millones de niños en edad escolar están expuestos al riesgo de contraerlas; les siguen la esquistosomiasis (25 millones de personas en riesgo) y la filariasis linfática (11 millones en riesgo). El estudio también llegó a la conclusión de que hay un cúmulo de información acerca de la mayoría de las enfermedades desatendidas,

¹⁷ World Health Organization. *Global Plan to Combat Neglected Tropical Diseases 2008-2015*. (WHO/CDS/NTD/2007.3) Ginebra: OMS, 2007.

aunque todavía se necesitan otros estudios de referencia que adopten criterios estandarizados.¹⁸

11. Por ejemplo, unos nueve millones de personas están infectadas en forma crónica por la enfermedad de Chagas y cada año ocurren 40.000 casos nuevos de la enfermedad. Esta enfermedad ocurre en 21 países de la Región y afecta principalmente a las personas que viven en el campo y a los indígenas.

12. La filariasis linfática ocurre en cuatro países, donde hasta 11 millones de personas se encuentran en riesgo de contraer la infección (se considera que 90% de la población de Haití está en riesgo). En Haití y la República Dominicana, la enfermedad afecta principalmente a las poblaciones descendientes de africanos que viven en las zonas de bajos ingresos.

13. En los últimos tres años, la oncocercosis ha ocurrido en 13 focos de 6 países. En la Región, unas 500.000 personas están expuestas al riesgo de contraer la enfermedad; la mayor concentración de esas personas se encuentra en las comunidades remotas en el sureste de Venezuela a lo largo de la frontera entre ese país y Brasil, así como en el norte de Guatemala y el sur de México. La enfermedad afecta principalmente a las poblaciones autóctonas y a los descendientes de africanos que viven en las zonas rurales o montañosas.

14. En 25 países de la Región se han encontrado casos de lepra en los tres últimos años. En el 2007, se notificaron en las Américas 49.388 casos de lepra y se detectaron 42.000 casos nuevos, la mayoría de ellos en el Brasil.

15. Hay datos de casos de tracoma ocurridos en los 10 últimos años en tres países de la Región. Se han identificado cerca de 7.000 casos, principalmente en el Brasil; sin embargo, cabe señalar que este es el único país que hace encuestas nacionales de prevalencia para esta enfermedad. Se han confirmado casos de tracoma en los estados fronterizos del Brasil, por lo que es necesario realizar estudios de prevalencia en los países vecinos. El número de casos de ceguera relacionada con el tracoma es de dos a cuatro veces mayor en mujeres que en hombres.¹⁹

16. El número actual de casos de rabia humana transmitida por los perros es bajo, alrededor de 16 por año, pero el riesgo persiste porque el virus sigue circulando entre las

¹⁸ PAHO/HSD/CD. Provisional Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean [inédito] presentado a la consulta sobre un fondo fiduciario de América Latina y el Caribe para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas. Washington, D.C., 15 y 16 de diciembre del 2008.

¹⁹ Courtright P, West S K. Contribution of sex-linked Biology and Gender Roles to Disparities with Trachoma. *Emerging Infectious Disease*. 2004; 10 (11): 2012-6.

poblaciones caninas. En los últimos tres años, se han notificado uno o varios casos humanos en 11 países; la mayoría de ellos ocurrieron en vecindarios pobres de zonas alejadas de las ciudades grandes, principalmente en Haití y Bolivia.

17. El tétanos neonatal se ha eliminado como problema de salud pública en todo los países de América Latina y el Caribe, excepto en Haití, que notifica cada año hasta 60% del número total de casos de América Latina. En los últimos tres años, las tasas de la enfermedad en 16 países han sido lo bastante bajas para que el tétanos neonatal ya no se considere como problema de salud pública.

18. La información acerca de la incidencia de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe es escasa. De los 15 países cuya información se conoce, siete notifican tasas de incidencia superiores a 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos, que es un nivel considerado como problema de salud pública.

19. En 21 países de la Región, la malaria es endémica. Algunos países tienen un nivel bajo de endemidad (menos de 1 caso por 1.000 habitantes por año) y focos bien establecidos. Todos los países del Caribe lograron la eliminación de la malaria debido a las características epidemiológicas locales, excepto Haití y República Dominicana. En estos dos últimos países, se notificaron 26.000 casos en el 2007 (90% de ellos en Haití), lo que crea un riesgo constante de exportar la enfermedad a otras islas.

20. La esquistosomiasis se encuentra en cuatro de los países de la Región. Se calcula que, en las Américas, alrededor de 25 millones de personas viven expuestas al riesgo y la mayoría de ellas habitan en estados costeros del Brasil; se calcula que entre 1 millón y 3 millones de personas están infectadas. En los últimos diez años no se han confirmado casos de la enfermedad en países que anteriormente tenían endemidad; sin embargo, es necesario hacer estudios para confirmar su eliminación.

21. Se calcula que los helmintos transmitidos por contacto con el suelo están presentes en todos los países de la Región. Los cálculos regionales del número de niños en edad escolar expuestos al riesgo de morbilidad debida a helmintos transmitidos por contacto con el suelo indican que tal vez sea necesario desparasitar cada año a unos 26 millones de estos niños en América Latina y el Caribe.

22. En cinco países de la Región hay focos de peste, donde la enfermedad persiste en los roedores salvajes y ocasionalmente hay casos humanos (Bolivia, Brasil, Ecuador, Estados Unidos y Perú). En los últimos cinco años, la mayoría de los casos de América Latina ocurrieron en el Perú (93%); en el 2007, los 10 casos notificados fueron en este país. En América Latina, la peste ocurre en las poblaciones rurales que viven en situación de pobreza extrema y en los focos naturales.

23. *Otras enfermedades.* La leishmaniasis es endémica en muchos países latinoamericanos y la enfermedad se está propagando en la Región. Tanto la evolución natural como los factores determinantes de la enfermedad se conocen, pero los instrumentos disponibles son ineficaces y los medicamentos tienen graves efectos secundarios, requieren vigilancia intensiva y no se toleran bien. La leptospirosis también se está propagando como resultado de un aumento de las inundaciones debido a los desastres naturales y al cambio climático. La cisticercosis, la equinococosis y otras enfermedades parasitarias también ocurren en América Latina pero no hay suficientes datos —en especial, no hay datos de prevalencia en el punto de comparación— para apoyar las metas de eliminación.

24. Las enfermedades destacadas en los párrafos anteriores afectan en forma desmesurada a las poblaciones vulnerables. Y, a pesar de que no se han hecho suficientes investigaciones que tengan en cuenta las diferencias de género, algunos estudios señalan que las mujeres padecen una carga mayor. La distribución del trabajo determinada por la cultura y las responsabilidades que asumen las mujeres las dejan más expuestas a los factores de riesgo, lo que da lugar a una prevalencia mayor de la enfermedad entre ellas. Por otro lado, las barreras en el acceso a la atención de salud o a los servicios preventivos, así como el estigma y la discriminación que suelen afectar más a las mujeres hacen que la enfermedad tenga consecuencias peores en el caso de las mujeres.^{20,21,22} Es evidente que se necesita más información acerca de las diferencias en la forma en que las enfermedades desatendidas afectan a otras poblaciones vulnerables.

Costo-efectividad

25. Se han concebido intervenciones costo-efectivas y se ha logrado controlar con éxito algunas de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades relacionadas con la pobreza. En el caso de la enfermedad de Chagas, por ejemplo, los estudios sobre la eficiencia de los métodos de control indican una tasa interna de rentabilidad de casi 30% en el Brasil y más de 60% en la provincia de Salta (Argentina); para la filariasis linfática, la costo-efectividad de tres estrategias integradas principales se calculó en diferentes situaciones con resultados muy buenos en cuanto a años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)²³ ahorrados.²⁴

²⁰ Vélez I D, Hendrickx E. Leishmaniosis cutánea en Colombia y género. *Cad. Saúde Pública.*, 2001; 17 (1): 171-180.

²¹ Hartigan P. Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. Organización Panamericana de la Salud. Publicación ocasional No.7. 2001.

²² Courtright P, West S K. Contribution of sex-linked Biology and Gender Roles to Disparities with Trachoma. *Emerging infectious Disease.* 2004; 10 (11): 2012-6.

²³ Los AVAD para una enfermedad o trastorno de salud se calculan como la suma de los años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura de la población y a los años perdidos por la discapacidad por casos nuevos del trastorno de salud [http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf].

26. El costo per cápita de la atención de salud para el control de enfermedades desatendidas es moderado en términos absolutos y con relación al gasto sanitario total per cápita.²⁵ Para mejorar las condiciones de vida en las zonas geopolíticas que se han designado como “zonas críticas” para las enfermedades desatendidas (zonas prioritarias para las intervenciones debido a su situación epidemiológica y socioeconómica) y para que estas mejoras sean duraderas será necesario forjar alianzas para abordar los factores sociales determinantes de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades relacionadas con la pobreza, como el acceso al agua potable y al saneamiento, la vivienda adecuada y la educación.

Definición de enfermedades y criterios para la selección preliminar

27. Por eliminación de una enfermedad se entiende la reducción hasta cero de la incidencia en una zona geográfica definida, como resultado de iniciativas deliberadas, que exigen medidas continuas de intervención.²⁶ Por otro lado, la eliminación de una enfermedad como problema de salud pública significa que se reduce drásticamente la carga de la enfermedad a un nivel considerado aceptable dados los instrumentos actuales disponibles y la situación sanitaria de la Región. A este nivel, la prevalencia de la enfermedad no limita la productividad social ni el desarrollo de la comunidad. Para cada enfermedad se han determinado metas que pueden alcanzarse. En este documento, se utilizarán ambas definiciones para seleccionar las enfermedades que se ha previsto eliminar, según mandatos anteriores, mundiales y regionales

28. Se adoptaron los siguientes criterios al seleccionar las enfermedades que podrían eliminarse o reducirse drásticamente en la Región: a) la agenda inconclusa: enfermedades que ya habían sido metas prioritarias para la eliminación y para las que, a pesar del progreso logrado, algunas zonas quedaron a la zaga; b) factibilidad técnica: en especial, la disponibilidad de conocimientos y instrumentos para estructurar las intervenciones destinadas a interrumpir o reducir la transmisión; c) datos fidedignos regionales acerca de la factibilidad de la eliminación: experiencias regionales exitosas para la eliminación en el país o a niveles subnacionales; d) criterios económicos: entre otros, costo unitario relativamente bajo de las intervenciones y rentabilidad demostrada; e) carga de

²⁴ Remme J H F, Feenstra P, Lever PR et al. Tropical diseases targeted for elimination: Chagas disease, Lymphahtic filariasis, onchocerciasis, and leprosy. En: Jamison D T, Breman Jg, Measham A R et al. Disease Control Priorities in Developing Countries 2nd ed. Oxford University Press and the World Bank, 2006.

²⁵ Bitrán, Ricardo. *Regional Study to Estimate the Cost of Preventing, Controlling, and Eliminating Selected NTDs in the Americas*. Presentado a la consulta sobre un fondo fiduciario de América Latina y el Caribe para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas. Washington, D.C., 15 y 16 de diciembre del 2008.

²⁶ World Health Organization. *Global disease elimination and eradication as public health strategies*. Proceedings of a conference held in Atlanta, GA, 23-25 February 1998. Bulletin of the World Health Organization, 1998, 76 (2): 22-25.

morbilidad desigual: las poblaciones más vulnerables (como las poblaciones autóctonas y de ascendencia africana, las mujeres y los niños que históricamente han estado excluidos) presentan una prevalencia mayor y padecen las consecuencias sociales de estas enfermedades, con lo cual se perpetúa el ciclo de pobreza; f) importancia política: las enfermedades deben reconocerse como de importancia para la salud pública con un interés internacional amplio, lo que fue expresado en las resoluciones ya aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud o el Consejo Directivo de la OPS; g) mejores prácticas: entre otras, las utilizadas en la atención primaria de salud, intervenciones bien aceptadas como la quimioterapia preventiva masiva y las campañas de vacunación de cobertura alta, enfoques integrados para las enfermedades de transmisión vectorial y proyectos locales con participación comunitaria para mejorar la salud mediante la acción intersectorial. Estos ejemplos de mejores prácticas ya se han aplicado en la Región y servirán de base para ampliar a mayor escala las propuestas locales y nacionales de eliminación de las enfermedades.

29. Las enfermedades seleccionadas pueden dividirse en dos grupos: las que tienen mayor potencial para la eliminación y las que pueden reducirse drásticamente con los instrumentos actuales. Los siguientes párrafos muestran las enfermedades de cada grupo.

30. **Grupo 1:** enfermedades que tienen un mayor potencial para la eliminación: enfermedad de Chagas (transmitida por vectores y transmisión por transfusión, ambas como problema de salud pública); sífilis congénita (como problema de salud pública); filariasis linfática (como problema de salud pública); oncocercosis; rabia transmitida por los perros; tétanos neonatal (como problema de salud pública); tracoma (como problema de salud pública); lepra (como problema de salud pública a nivel nacional y primer nivel infranacional); malaria (eliminación en Haití y República Dominicana, en México y Centroamérica); peste (como problema de salud pública).

31. **Grupo 2:** enfermedades cuya carga puede reducirse drásticamente con los instrumentos actuales, como la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo.

32. Para otras enfermedades infecciosas, como la leishmaniasis y la leptospirosis, la carga de enfermedad tiene que ser evaluada aun más, es necesario crear los instrumentos necesarios y deben establecerse los métodos y las estrategias para lograr el control costo-efectivo. Para estas enfermedades y para otras que tienen pertinencia epidemiológica para algunos países de la Región, hay que aumentar la investigación operativa, evaluar los instrumentos nuevos y mejorar los sistemas de vigilancia, principalmente en cuanto a la capacidad técnica actual en los centros de investigación de la Región.

33. En el anexo A se enumeran los países donde ocurren las enfermedades del grupo 1 y del grupo 2; en el anexo B se muestra la situación actual de estas enfermedades, así como posibles metas y estrategias.

Marco para la eliminación de las enfermedades desatendidas y de otras enfermedades relacionadas con la pobreza

34. Las estrategias de salud pública que se aplican para eliminar o reducir las enfermedades a niveles aceptables van más allá de las medidas usuales de control. Para fortalecer las iniciativas contra las enfermedades relacionadas con la pobreza como grupo, los Estados Miembros podrían elaborar planes integrados bajo el mismo marco, al tiempo que consideran lo siguiente:

- a) Los planes existentes a nivel mundial, regional o de país para eliminar o controlar estas enfermedades.
- b) Las directrices existentes relativas a las enfermedades seleccionadas para apoyar a los países en el logro de las metas de eliminación o control.
- c) Los instrumentos existentes, como los medicamentos y las técnicas de diagnóstico para apoyar a los sistemas de vigilancia.
- d) Las decisiones basadas en datos de investigación para fortalecer los sistemas de vigilancia sanitaria, la cartografía de las enfermedades para identificar los focos restantes y determinar la superposición de enfermedades en las zonas geopolíticas (“zonas críticas”) para aplicar medidas integradas.
- e) La reducción de las brechas en materia de enfermedades desatendidas “que pueden tratarse en grupos” entre las zonas de la Región.
- f) Conseguir que los recursos necesarios estén al alcance del sistema de atención primaria para ayudar a reducir las desigualdades en la esfera de la salud.
- g) Proseguir las intervenciones interprogramáticas que reúnen los diversos planes en una visión integral basada en los factores sociales determinantes de cada zona designada para la intervención (“zona crítica”); las intervenciones deben hacer frente a los factores y los mecanismos por medio de los cuales las condiciones sociales afectan a la salud comunitaria y, donde sea posible, abordarlas mediante políticas sociales y sanitarias.
- h) Proseguir la participación comunitaria y la forja de alianzas intersectoriales: debe lograrse la colaboración de la comunidad, los interesados directos y todos los actores y socios potenciales de dentro y fuera del sector de la salud para que las actividades sean sostenibles.

- i) Proseguir la cooperación horizontal: identificar qué países comparten problemas o fronteras donde ocurren las enfermedades seleccionadas, para promover las acciones conjuntas y los planes entre países.
- j) Aumento del apoyo que dan los socios internacionales en la lucha contra las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza.

Intervención del Comité Ejecutivo

35. Se invita al Comité Ejecutivo a que examine el documento técnico para la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza y apruebe la resolución adjunta.

Anexos

Presencia de enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza, por país, y número total de países donde ocurre cada enfermedad en América Latina y el Caribe, según los criterios establecidos más abajo²⁷

| País* | Enfermedades | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|----------------------|-------------------|-------------------------------------|----------------|----------------------|---------|------------------|--------------|----------------|------------------|---|---------|
| | Enfermedad de Chagas | Sífilis congénita | Rabia humana transmitida por perros | Lepra | Filariasis linfática | Malaria | Tétanos neonatal | Oncocercosis | Peste | Esquistosomiasis | Helminthiasis transmitida por contacto con el suelo | Tracoma |
| Anguila | - | ... | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Antigua y Barbuda | - | ... | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Antillas Holandesas | - | ... | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Argentina | X | X | X | X | - | X | X | - | - | - | X | - |
| Aruba | - | ... | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Bahamas | - | X | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Barbados | - | ... | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Belice | X | X | - | - | - | X | - | - | - | - | X | - |
| Bolivia | X | X | X | X | - | X | X | - | - ^b | - | X | - |
| Brasil | X | X | X | X ^a | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Colombia | X | X | X | X | - | X | X | X | - | - | X | - |
| Costa Rica | X | X | - | X | - | X | - | - | - | - | X | - |
| Cuba | - | X | X | X | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Chile | X | X | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Dominica | - | ... | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Ecuador | X | X | - | X | - | X | X | X | X | - | X | - |
| El Salvador | X | X | X | X | - | X | X | - | - | - | X | - |
| Granada | - | ... | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Guadalupe | - | ... | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Guatemala | X | X | X | X | - | X | X | X | - | - | X | X |
| Guayana Francesa | X | ... | - | - | - | X | - | - | - | - | X | - |
| Guyana | X | X | - | X | X | X | - | - | - | - | X | - |
| Haití | - | X | X | X | X | X | X ^a | - | - | - | X | - |
| Honduras | X | X | - | X | - | X | X | - | - | - | X | - |
| Islas Caimán | - | ... | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Islas Turcos y Caicos | - | ... | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Islas Vírgenes (EUA) | - | ... | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Islas Vírgenes (Reino Unido) | - | ... | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Jamaica | - | X | - | X | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Martinica | - | ... | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |
| México | X | X | - | X | - | X | X | X | - | - | X | X |
| Montserrat | - | ... | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |

²⁷ PAHO/HSD/CD. Provisional Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean [inérito] presentado a la consulta sobre un fondo fiduciario de América Latina y el Caribe para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas. Washington, D.C., 15 y 16 de diciembre del 2008.

| País* | Enfermedades | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|-------------------|-------------------------------------|-----------|----------------------|-----------|------------------|--------------|----------|------------------|--|----------|
| | Enfermedad de Chagas | Sífilis congénita | Rabia humana transmitida por perros | Lepra | Filariasis linfática | Malaria | Tétanos neonatal | Oncocercosis | Peste | Esquistosomiasis | Helmintiasis transmitida por contacto con el suelo | Tracoma |
| Nicaragua | X | X | - | X | - | X | X | - | - | - | X | - |
| Panamá | X | X | - | X | - | X | X | - | - | - | X | - |
| Paraguay | X | X | - | X | - | X | X | - | - | - | X | - |
| Perú | X | X | X | X | - | X | X | - | X | - | X | - |
| República Dominicana | - | X | X | X | X | X | X | - | - | - | X | - |
| Saint Kitts y Nevis | - | ... | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |
| San Vicente y las Granadinas | - | ... | - | - | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Santa Lucía | - | ... | - | X | - | - | - | - | - | X | X | - |
| Suriname | X | ... | - | X | - | X | - | - | - | X | X | - |
| Trinidad y Tabago | - | X | - | X | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Uruguay | X | X | - | X | - | - | - | - | - | - | X | - |
| Venezuela | X | X | X | X | - | X | X | X | - | X | X | - |
| Número total de países de América Latina y el Caribe donde ocurren las enfermedades | 21 | 25 | 11 | 24 | 4 | 21 | 16 | 6 | 3 | 4 | Todos | 3 |

^a En estos países, la enfermedad está presente como problema de salud pública
 - Sin evidencia ... Sin información

^b Área anteriormente endémica

Criterios

| | |
|--|--|
| Enfermedad de Chagas: | Evidencia de cualquier tipo de transmisión en los 10 últimos años. (1998-2007) |
| Esquistosomiasis: | Evidencia de la enfermedad en los últimos 10 años (1998-2007) |
| Filariasis linfática: | Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2005-2007) |
| Helminthos transmitidos por contacto con el suelo: | Datos fidedignos de la enfermedad en los últimos 10 años (2005-2007) |
| Lepra: | Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2005-2007) |
| Oncocercosis: | Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2005-2007) |
| Rabia humana transmitida por los perros: | Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2006-2008) |
| Tracoma: | Evidencia de la enfermedad en los últimos 10 años (1998-2007) |
| Tétanos neonatal: | Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2005-2007) |
| Sífilis congénita: | Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2005-2007) |
| Malaria | Evidencia de transmisión local continua en los últimos 5 años |
| Peste | Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2006-2008) |

Situación epidemiológica, metas de eliminación y principales estrategias de eliminación para determinadas enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza.²⁸

| GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas) | | | |
|--|---|---|---|
| Enfermedades | Situación epidemiológica | Metas | Estrategia principal |
| Enfermedad de Chagas | <ul style="list-style-type: none"> – Hubo pruebas de la transmisión en 21 países de las Américas. – Se calcula que actualmente están infectadas de 8 a 9 millones de personas. – 40.000 nuevos casos de transmisión por vector por año. – La transmisión por vector por los vectores principales se ha interrumpido en varios países (Uruguay, Chile, Brasil y Guatemala) y zonas de (Argentina y Paraguay). – La mayoría de los países de América Latina se están acercando a la meta del tamizaje para Chagas en 100% de sus bancos de sangre. | <ul style="list-style-type: none"> – Interrumpir la transmisión vectorial domiciliar de <i>Trypanosoma cruzi</i> (menos de 1% de índice de infestación domiciliar triatomínica y seroprevalencia negativa en niños de hasta 5 años de edad y menos, a excepción de la mínima aportada por casos en hijos de madres seropositivas). – Interrumpir la transmisión transfusional de <i>T. cruzi</i> (cobertura de 100% de tamizaje de la sangre).²⁹ – Integrar el diagnóstico de la enfermedad de Chagas en el Sistema de la Atención Primaria de la Salud de manera de proveer tratamiento y atención médica a todos los pacientes para las fases agudas y crónicas de la enfermedad, así como reforzar la cadena de suministros de los tratamientos existentes dentro de los países para aumentar el acceso. – Prevenir el desarrollo de cardiomiopatía y problemas intestinales, relacionados a la enfermedad de Chagas ofreciendo atención médica adecuada a personas afectadas por la enfermedad en todas sus etapas de evolución. | <ul style="list-style-type: none"> – Eliminar vectores en la vivienda mediante el control químico. – Programas de ordenamiento del medio. – Información, educación y comunicación (IEC). – Tamizaje de las muestras de sangre en los bancos de sangre para evitar transmisión por transfusión de sangre. – Tamizaje de embarazadas y tratamiento para evitar la transmisión congénita. – Mejores prácticas en la preparación de alimentos para evitar la transmisión oral. – Tratamiento etiológico a los niños. – Ofrecer atención médica a los adultos afectados con la enfermedad de Chagas. |

²⁸ PAHO/HSD/CD. Provisional Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean [inédito] presentado a la consulta sobre un fondo fiduciario de América Latina y el Caribe para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas. Washington, D.C., 15 y 16 de diciembre del 2008.

²⁹ Basado en: World Health Organization. *Elimination of transmission of Chagas Diseases*. WHA51.14. Fifty first World Health Assembly. 1998.

| GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas) | | | |
|--|---|---|--|
| Enfermedades | Situación epidemiológica | Metas | Estrategia principal |
| Sífilis congénita | <ul style="list-style-type: none"> - Se calcula que cada año ocurren en la Región 250.000 casos de sífilis congénita. - En una encuesta del 2006, 14 países notificaron la incidencia de sífilis congénita en nacidos vivos, con un intervalo que variaba de 0,0 casos por 1.000 nacidos vivos en Cuba a 1,56 en el Brasil. | <ul style="list-style-type: none"> - Eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública (menos de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos).³⁰ | <ul style="list-style-type: none"> - Notificación obligatoria de la sífilis y la sífilis congénita para las embarazadas. - Tamizaje universal de la sangre en la primera visita prenatal (<20 semanas), en el tercer trimestre, en el trabajo de parto y después de un aborto provocado o espontáneo y en caso de un mortinato. - Tratamiento oportuno y adecuado para todas las embarazadas con sífilis y lo mismo para el esposo y los recién nacidos. |
| Rabia humana transmitida por perros | <ul style="list-style-type: none"> - En los últimos tres años la enfermedad ha estado presente en 11 países. - Aunque el número de casos humanos sea bajo (16 en el 2008), gracias a las iniciativas de país, el número de personas que viven en las zonas de riesgo debido a la rabia en los perros sigue siendo alto. - La mayoría de los casos ocurrieron en Haití y Bolivia. | <ul style="list-style-type: none"> - Eliminar la rabia humana transmitida por perros (cero casos notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Rabia (SIRVERA) coordinado por la OPS.³¹ | <ul style="list-style-type: none"> - Vacunación de 80% de la población canina en las zonas endémicas. - Atención administrada a 100% de la población expuesta al riesgo con la profilaxis luego de la exposición, cuando se indique. - Vigilancia epidemiológica. - Educación y comunicación para aumentar la toma de conciencia sobre el riesgo de rabia. |

³⁰ Basado en: Organización Panamericana de la Salud. *Plan de Acción para la eliminación de la sífilis congénita*, 116.ª sesión del Comité Ejecutivo. CE116/14. OPS, 1995.

³¹ Basado en: Organización Panamericana de la Salud. 15.ª *Reunión Interamericana a nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA): "Agricultura y salud: Alianza por la Equidad y el Desarrollo Rural en las Américas"*. CD48.R13, 48.º Consejo Directivo. Washington, DC.: OPS; 2008.

| GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas) | | | |
|--|---|--|--|
| Enfermedades | Situación epidemiológica | Metas | Estrategia principal |
| Lepra | <ul style="list-style-type: none"> - En 24 países la enfermedad ha estado presente en los tres últimos años. - Solo en el Brasil, la prevalencia nacional no alcanzó la meta de “eliminación como problema de salud pública”, de menos de un caso por 10.000 habitantes. - En el 2007, se notificaron en las Américas 49.388 casos de lepra, y se detectaron 42.000 casos nuevos. - En el mismo año, se detectaron 3.400 casos nuevos (8% del total) con discapacidad de grado 2. | <ul style="list-style-type: none"> - Eliminar la lepra como problema de salud pública (menos de 1 caso por 10.000 personas) de los primeros niveles subnacionales político-administrativos.^{32,33} | <ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia intensificada de los contactos. - Tratamiento con la terapia multimedicamentosa oportuna al menos en 99% de todos los pacientes. - Definición de la introducción adecuada de la quimioprofilaxis. - Detección temprana de las discapacidades de grado 2. |

³² Basado en: World Health Organization. *Elimination of leprosy*. Forty-fourth World Health Assembly. WHA44.9. Ginebra:OMS, 1991.

³³ Basado en: World Health Organization. *Guide to Eliminate Leprosy as a Public Health Problem*. Ginebra:OMS, 2000.

| GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas) | | | |
|--|---|---|--|
| Enfermedades | Situación epidemiológica | Metas | Estrategia principal |
| Filariasis linfática | <ul style="list-style-type: none"> - La enfermedad está presente en Brasil, República Dominicana, Guyana y Haití. - Se calcula que hasta 11 millones de personas están expuestas al riesgo de infección. - La población expuesta al mayor riesgo se encuentra en Haití (90%). | <ul style="list-style-type: none"> - Eliminar la enfermedad como problema de salud pública (menos de 1% de prevalencia de la microfilariasis en adultos en centros centinela y sitios de verificación al azar en la zona). - Interrumpir su transmisión (ningún niño entre las edades de 2 y 4 años da positivo el antígeno). - Prevenir y controlar la discapacidad.³⁴ | <ul style="list-style-type: none"> - Administración en masa de medicamentos (AMM) una vez al año por un periodo no menor de 5 años con cobertura no menor de 75% o consumo de sal de mesa fortificada con dietilcarbamazina (DEC) en el régimen diario de alimentación. - Vigilancia de la morbilidad por filariasis por los sistemas locales de vigilancia sanitaria. - Atención de casos. - Integración y coordinación de la AMM con otras estrategias. - Estrategias de comunicación y educación en las escuelas. |
| Malaria | <ul style="list-style-type: none"> - En la Región, hay 21 países donde la malaria es endémica. - Algunos países, como Paraguay y Argentina, son de endemicidad baja (menos de un caso por 1.000 habitantes en riesgo) y tienen focos bien establecidos. - En el Caribe, solo Haití y la República Dominicana se consideran países endémicos, ya que notificaron cerca de 26.000 casos en el 2007 (90% en Haití). | <ul style="list-style-type: none"> - Eliminar la malaria en las zonas donde es factible la interrupción de la transmisión local (Argentina, República Dominicana, Haití, México, Paraguay y Centroamérica).³⁵ - Eliminación (cero casos locales a lo largo de tres años consecutivos); Pre-eliminación (tasa de positividad del frotis = < 5% y <1 caso/ 1.000 personas en riesgo).³⁶ | <ul style="list-style-type: none"> - Prevención, vigilancia, detección temprana y control de las epidemias. - Control integrado de vectores. - Impulsar el diagnóstico y el tratamiento apropiado de casos. - Farmacovigilancia intensiva de la posible resistencia al tratamiento y aplicación de los resultados a la definición de la norma de tratamiento. - Fortalecimiento de la atención primaria de salud e integración de las iniciativas de prevención y control con otros programas de salud. - Participación comunitaria. |

³⁴ Basado en: World Health Organization. *Monitoring and epidemiological assessment of the programme to eliminate lymphatic filariasis at implementation unit level*. Ginebra: OMS; 2005.

³⁵ Basado en: Organización Panamericana de la Salud. *Malaria: Informe sobre la situación actual*, 142.ª sesión del Comité Ejecutivo. CE142/16. OPS, 2008.

| GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas) | | | |
|--|--|---|---|
| Enfermedades | Situación epidemiológica | Metas | Estrategia principal |
| Tétanos neonatal | <ul style="list-style-type: none"> - La enfermedad ha estado presente en tasas más bajas en 16 países en los últimos tres años. - En el 2007, se notificó un total de 63 casos (38 en Haití). - Se ha eliminado como problema de salud pública en todos los países de América Latina y el Caribe, excepto en Haití. | <ul style="list-style-type: none"> - Eliminar la enfermedad como problema de salud pública (menos de 1 caso por 1.000 recién nacidos por año en un municipio o distrito).³⁷ | <ul style="list-style-type: none"> - Vacunación de las mujeres en edad fecunda con el toxoide tetánico. - Identificación de las áreas de alto riesgo. - Vigilancia adecuada. - Métodos higiénicos para atender los partos y para el puerperio. |
| Oncocercosis | <ul style="list-style-type: none"> - Se calcula que 500.000 personas están en riesgo en la Región. - En Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela hay 13 focos. - En seis focos, la transmisión parece haberse interrumpido después de la administración masiva de medicamentos con una cobertura de al menos 85% de la población destinataria. - Actualmente, se está efectuando una vigilancia de tres años luego del tratamiento, antes de la certificación de la eliminación. | <ul style="list-style-type: none"> - Eliminar la afección ocular e interrumpir la transmisión.^{38,39} | <ul style="list-style-type: none"> - Administración masiva de farmacoterapia al menos dos veces al año para llegar al menos a 85% de la población en riesgo en cada zona endémica. - Vigilancia para detectar signos de afección ocular, microfilarias, nódulos. - Atención dermatológica por conducto del sistema de atención primaria de salud en zonas donde la infección cutánea es un problema. |

³⁶ Basado en: Organización Mundial de la Salud. *Global Malaria Control and Elimination: Report of a Technical Review*. 17-18 January, 2008.OMS, 2008. p.9.

³⁷ Basado en: Organización Panamericana de la Salud. *Neonatal Tetanus Elimination: Field Guide*, Second edition. Scientific and Technical Publication No. 602, Washington, D.C., 2005.

³⁸ Basado en: Organización Panamericana de la Salud. Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas. (CD48/10), 48.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2008.

| GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas) | | | |
|--|---|--|--|
| Enfermedades | Situación epidemiológica | Metas | Estrategia principal |
| Peste | <ul style="list-style-type: none"> - La enfermedad está presente en focos silvestres en 5 países con casos esporádicos: Bolivia (ningún caso notificado en los últimos 10 años), Brasil, Ecuador, Estados Unidos y Perú. - Actualmente, el número de casos en toda América Latina es bajo (alrededor de 12 casos por año). - La mayoría de los casos notificados se encuentran en el Perú. - Muy pocos son mortales. - Los casos ocurren generalmente en pueblos rurales pequeños con extrema pobreza. | <ul style="list-style-type: none"> - Eliminar como problema de salud pública (cero casos de mortalidad y evitar brotes domiciliarios). | <ul style="list-style-type: none"> - Detección temprana y tratamiento oportuno de casos. - Vigilancia de los focos silvestres. - Mejoras en la vivienda y el saneamiento. - Control de roedores y de vectores. - Programas intersectoriales para mejorar el almacenamiento de las cosechas. - Eliminación adecuada de los desechos agropecuarios. - Instalaciones domésticas adicionales para criar los “cuyes” (tipo de cobayos usados como alimento). |
| Tracoma | <ul style="list-style-type: none"> - Hay pruebas de la presencia de la enfermedad en Brasil, Guatemala y México. - Se han confirmado focos en los estados fronterizos brasileños, pero no se dispone de datos para los países vecinos. - Se calcula que alrededor de 50 millones de personas viven en las zonas de riesgo y se han detectado cerca de 7.000 casos, principalmente en Brasil. | <ul style="list-style-type: none"> - Eliminar casos nuevos de ceguera causada por tracoma: reducción de la prevalencia de triquiasis tracomatosa (TT) a menos de 1 caso por cada 1.000 personas (población general) y reducción de la prevalencia de tracoma folicular o inflamatoria (TF y TI) a menos de 5% en niños de 1-9 años de edad.^{40,41} | <ul style="list-style-type: none"> - La estrategia SAFE se aplica con los siguientes componentes: <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir la ceguera mediante la operación quirúrgica del párpado para corregir la inversión o entropía del párpado superior y la triquiasis. • Reducir la transmisión en las zonas endémicas mediante el lavado de la cara y el uso de antibióticos. |

³⁹ Basado en: Organización Mundial de la Salud. *Certification of Elimination of Human Onchocerciasis: Criteria and procedures. Guidelines.* OMS; 2001.

⁴⁰ Basado en: World Health Organization. *Report of the Global Scientific Meeting on Future Approaches to Trachoma Control.* Ginebra: OMS; 1996. p. 4-7.

| GRUPO 2: Enfermedades cuya prevalencia puede reducirse drásticamente (con intervenciones disponibles rentables) | | | |
|--|--|--|--|
| Enfermedades | Situación epidemiológica | Metas | Estrategia primaria |
| Esquistosomiasis | <ul style="list-style-type: none"> - La enfermedad está presente en: Brasil, Santa Lucía, Suriname y Venezuela. - Se necesitan estudios para confirmar la eliminación de las zonas anteriormente endémicas en el Caribe. - Se calcula que alrededor de 25 millones de personas viven expuestas al riesgo en las Américas, principalmente en el Brasil. - Se calcula que alrededor de 1 a 3 millones de personas están infectadas. | <ul style="list-style-type: none"> - Reducir la prevalencia y la carga del parásito en las zonas de transmisión elevada a una prevalencia de menos de 10%, según mediciones cuantitativas del recuento de huevos.^{42,43} | <ul style="list-style-type: none"> - Quimioterapia para al menos 75% de los niños en edad escolar que se encuentran en riesgo. - Mejoramiento de los sistemas de eliminación de excretas y acceso al agua potable; educación. |
| HelminCIAS transmitidas por contacto con el suelo | <ul style="list-style-type: none"> - Se calcula que las helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo están presentes en los países de toda la Región. - Según cálculos regionales, en América Latina y el Caribe se encuentran en riesgo de sufrir esta enfermedad 26,3 millones de niños en edad escolar. - En 13 de los 14 países con información recopilada había una o varias zonas con prevalencia superior a 20% de helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo. | <ul style="list-style-type: none"> - Reducir la prevalencia en niños en edad escolar en las zonas de alto riesgo (prevalencia de >50%) a una prevalencia de <20% según el recuento de huevos.⁴⁴ | <ul style="list-style-type: none"> - Administración regular de quimioterapia preventiva o administración masiva de medicamentos (AMM) para al menos 75% de los niños en edad escolar que se encuentran en riesgo. Si la prevalencia de cualquier helmintiasis transmitida por contacto con el suelo en niños en edad escolar es $\geq 50\%$ (comunidad de alto riesgo), tratar a todos los niños en edad escolar dos veces al año. Si la prevalencia de cualquier helmintiasis transmitida por contacto con el suelo en niños en edad escolar en riesgo es $\geq 20\%$ y $< 50\%$ (comunidad de bajo riesgo), tratar a todos los niños en edad escolar una vez al año. - Promover el acceso al agua potable, al saneamiento y a la educación sanitaria, mediante la colaboración intersectorial. |

⁴¹ Basado en: World Health Organization. *Trachoma control: A guide from programme managers*. OMS, 2006

⁴² Basado en: World Health Organization. *Preventive chemotherapy in Human Helminthiasis*. Ginebra: OMS; 2006.

⁴³ Basado en: World Health Organization. *Schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections*. Fifty-fourth World Health Assembly. WHA54.19. Ginebra: OMS, 2001

⁴⁴ Basado en: World Health Organization. *Preventive chemotherapy in Human Helminthiasis*. Ginebra: OMS; 2006.



**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA
CON LAS ÁREAS ORGÁNICAS CORRESPONDIENTES**

1. Punto del orden del día: 4.5. Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza.

2. Unidad a cargo: HSD/CD

3. Oficial a cargo: Cristina Schneider

4. Lista de los centros colaboradores y las instituciones nacionales vinculadas a este punto del orden del día:

- Banco Interamericano de Desarrollo
- Red Mundial para el Control de las Enfermedades Tropicales Desatendidas, una iniciativa importante del Instituto de Vacunas Sabin
- Fundación Bill y Melinda Gates
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
- OEPA - Onchocerciasis Elimination Program of the Americas
- Alianza para el Control de la Rabia

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

Abordar la eliminación y el control de las enfermedades desatendidas y la mitigación de la pobreza para reducir la carga de las enfermedades seleccionadas.

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

OE1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles (RPR 1.2 y 1.3).

OE2. Combatir la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria (esta resolución solamente abordará la malaria en Haití y la República Dominicana) (RPR 2.1, 2.3, 2.4, 2.5).

OE12. Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias.

7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos de otros países de la Región de las Américas:

La Región de las Américas tiene experiencias importantes en la ejecución de estrategias de eliminación y de erradicación para enfermedades como la viruela, la poliomielitis y el sarampión. Y, gracias a los esfuerzos de los Estados Miembros, varias enfermedades desatendidas están casi eliminadas. Por ejemplo, se han obtenido logros alentadores en la eliminación de la filariasis linfática, cuya transmisión quizá se haya interrumpido en tres de los siete países con endemidad; además se han hecho progresos importantes en los focos restantes. En cuanto a la oncocercosis, la meta de alcanzar al menos una cobertura de tratamiento de 85% de la población en riesgo se ha logrado en todos los 13 focos en los 6 países con endemidad. En los últimos dos años, se ha interrumpido la transmisión en seis de los focos y, desde 1995, no se han notificado en la Región casos nuevos de ceguera causados por la oncocercosis. En relación con la rabia humana transmitida por los perros, los casos se han reducido en 93% en el transcurso de los últimos 20 años, y anualmente se vacunan unos 45 millones de perros en los países con endemidad. El tétanos neonatal se ha reducido a un nivel tan bajo que la enfermedad ya no representa un problema de salud pública en América Latina y el Caribe, excepto en Haití. La transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas por los vectores principales se ha interrumpido en Uruguay, Brasil, Chile, Paraguay y en algunas provincias de la Argentina, así como en las zonas de Guatemala que anteriormente eran endémicas; la enfermedad también se ha reducido en otros cuatro países centroamericanos. La mayoría de los países latinoamericanos se están acercando a la meta del tamizaje para detectar la enfermedad de Chagas en 100% de sus bancos de sangre. Por último, la eliminación de la lepra como problema de salud pública se ha alcanzado en todos los países de América Latina y el Caribe, salvo en el Brasil.⁴⁵

8. Repercusiones financieras del punto del orden del día:

Para la OPS, el costo total desde el 2008 hasta el 2015 será de US\$ 2.500.000, con la exclusión de la subvención de la Fundación Bill y Melinda Gates. Esta subvención de \$2 millones a lo largo de dos años, está en proceso de negociación, a fin de aumentar la escala de las actividades.

⁴⁵ PAHO/HSD/CD. Provisional Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean [inédito] presentado a la consulta sobre un fondo fiduciario de América Latina y el Caribe para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas. Washington, D.C., 15 y 16 de diciembre del 2008.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 22 al 26 de junio del 2009

CE144/10, Rev. 1 (Esp.)
Anexo D
ORIGINAL: ESPAÑOL

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

ELIMINACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DESATENDIDAS Y OTRAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA POBREZA

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza* (documento CE144/10, Rev. 1),

RESUELVE:

Recomendar al Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

ELIMINACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DESATENDIDAS Y OTRAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA POBREZA

EL 49.^o CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza* (documento CD49/___), y tomando en consideración,

- a) la existencia de mandatos y resoluciones anteriores de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud para abordar el problema de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza cuya eliminación o reducción drástica es factible;
- b) la vasta experiencia de la Región de las Américas en la aplicación de estrategias de eliminación para las enfermedades transmisibles y los progresos alentadores logrados para reducir la carga de estas enfermedades;

- c) 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 marginados de las Américas;
- d) la necesidad de abordar los determinantes sociales de salud para reducir eficazmente la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades relacionadas con la pobreza;
- e) la oportunidad actual de eliminar o reducir drásticamente la carga de estas enfermedades con los instrumentos disponibles; y
- f) el imperativo ético de eliminar las enfermedades infecciosas que todavía siguen asolando a la población de las Américas, a pesar de que hay intervenciones de salud pública adecuadas y costo-efectivas para combatir las,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que se comprometan con la eliminación o la reducción de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza —que pueden combatirse con los instrumentos existentes— hasta ciertos niveles para que esas enfermedades dejen de considerarse problemas de salud pública en el 2015;
 - b) a que determinen cuáles son las enfermedades desatendidas prioritarias y las poblaciones vulnerables que han quedado a la zaga, así como las brechas en la información epidemiológica y las zonas geográficas prioritarias para la intervención (“zonas críticas”) al nivel subnacional en los países;
 - c) a que revisen los planes nacionales específicos que existen para controlar o eliminar estas enfermedades y, donde sea necesario, establezcan nuevos planes con un enfoque integral que abarque los determinantes sociales de la salud, las estrategias interprogramáticas y las acciones intersectoriales;
 - d) a que garanticen recursos suficientes para lograr la sostenibilidad de los programas nacionales y subnacionales de control, lo que incluye personal, suministros de medicamentos, equipo y otras necesidades;
 - e) a que pongan en práctica las estrategias de prevención, control y eliminación de una manera integrada que contribuya al fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud y de atención primaria de salud;
 - f) a que movilicen recursos complementarios e incluyan a posibles socios dentro de los países, así como a agencias de desarrollo, bilaterales y multilaterales, a organizaciones no gubernamentales, fundaciones y a otros interesados directos;

- g) a que fortalezcan los sistemas de vigilancia y den apoyo a la investigación para el diseño de instrumentos, estrategias y métodos nuevos y perfeccionados para combatir las enfermedades desatendidas; y
- h) a que aprueben las metas y los indicadores para la eliminación y la reducción de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza que figuran en los anexos A y B.

2. Solicitar a la Directora:

- a) que siga abogando por una movilización activa de los recursos y promueva la colaboración estrecha para forjar alianzas que respalden la aplicación de esta resolución;
- b) que provea cooperación técnica a los países para la preparación de los planes nacionales de acción;
- c) que promueva la identificación, el diseño y la aplicación de intervenciones basadas en datos fidedignos que sean técnica y científicamente sólidos;
- d) que promueva la aplicación de las guías actuales de la OPS y de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades consideradas;
- e) que promueva la investigación para el diseño de instrumentos, estrategias y métodos nuevos;
- f) que brinde su apoyo al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia, así como al seguimiento y la evaluación de los planes nacionales de acción que se están ejecutando; y
- g) que fortalezca la colaboración transfronteriza entre países que comparten las mismas enfermedades.



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

CE144/10, Rev. 1 (Esp.)
Anexo E

**Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para
la Oficina de las resoluciones cuya aprobación se ha propuesto**

| |
|---|
| <p>1. Punto del orden del día: 4.5. Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza</p> |
| <p>2. Vínculo con el presupuesto por programas 2008-2009:</p> <p>a) Área de trabajo: OE1, OE2 y OE12</p> <p>b) Resultados previstos: RPR 1.2; 1.3; 2.1; 2.3; 2.4; 2.5; 12.1; 12.2</p> |
| <p>3. Repercusiones financieras</p> <p>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 correspondientes a personal y actividades):</p> <p>El costo total del 2008 al 2015, sin contar con una donación en proceso de negociación, será de US\$ 2.500.000.</p> <p>Además, se está negociando una donación de la Fundación Bill y Melinda Gates para las enfermedades tropicales desatendidas y otras enfermedades infecciosas en América Latina y el Caribe, por un monto de US\$ 2 millones, a lo largo de 2 años, para aumentar la escala de las actividades.</p> <p>b) Costo estimado para el bienio 2008-2009 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):</p> <p>2008: US\$ 230.000 2009: US\$ 340.000</p> <p>c) Del costo estimado que se indica en el apartado b, ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?</p> <p>2008: US\$ 230.000 2009: US\$ 200.000</p> |

4. Repercusiones administrativas

a) Indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas:

HSD/CD: Coordinación general y coordinación técnica de 8 de 12 de las enfermedades que figuran en la resolución

HSD/VP: Coordinación técnica de 2 de 12 de las enfermedades que figuran en la resolución

HSD/HA: Aportar insumos técnicos para el software de análisis de datos

FCH/IM: Coordinación técnica de 1 de las 12 de las enfermedades seleccionadas que figuran en la resolución

FCH/CLAP: Coordinación técnica de 1 de las 12 de las enfermedades seleccionadas que figuran en la resolución

THR/HT: Compartir con HSD/CD, la coordinación técnica de 1 de las 12 de las enfermedades seleccionadas

THR/EM: Coordinación técnica del Fondo Rotatorio de Insumos Estratégicos

PWR/COL: Compartir con HSD/CD la coordinación técnica de 1 de 12 de las enfermedades seleccionadas

PWR/POR: Compartir con HSD/CD la coordinación técnica de 1 de las 12 de las enfermedades seleccionadas

Temas transversales: GEH; SDE; HSS

b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):

Sería necesario contar con otro especialista en infectología y con un asistente técnico a lo largo de toda la aplicación de la resolución. Si se aprueba la donación de la Fundación Bill y Melinda Gates, se agregaría más personal por un período de 18 meses para aumentar la escala de las actividades.

c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):

2008-2009: Preparación de la propuesta para esta resolución y de la documentación técnica, incluyendo el perfil epidemiológico de las enfermedades

2010-2015: Ejecución y evaluación