



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



146.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 21 al 25 de junio del 2010

Punto 4.6 del orden del día provisional

CE146/14, Rev. 1 (Esp.)
7 de junio 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. Propia de países en desarrollo, esta enfermedad está asociada con múltiples factores determinantes sociales y ambientales que ponen a millones de personas en situación de riesgo. Entre los principales factores determinantes, frecuentes en vastas áreas de América Latina, se encuentran: habitar en viviendas de calidad precaria —principalmente en zonas rurales y suburbanas— y vivir en áreas con carencias económicas, inestabilidad social o altas tasas de migración, así como en poblaciones precarias vinculadas con el trabajo estacional en zafras y cosechas. Esta enfermedad contribuye a perpetuar el ciclo de pobreza, ya que reduce 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 la transmisión eficaz de esta infección y su endemia.

3. La 51.^a Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA51.14, llamó en 1998 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 requerirá implementar una vigilancia activa y aplicar intervenciones y acciones sobre esta y otras formas de transmisión. Además, se indicó que se debe tomar en cuenta la amplia variedad de condiciones y objetivos planteados, de acuerdo con las situaciones epidemiológicas particulares de cada país. Por lo tanto, el año 2010 propuesto en la resolución WHA51.14 no es un plazo factible para alcanzar la meta propuesta.

5. En la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud se revisó la fecha del año 2010 como meta y se analizaron los logros y los retos por delante, en términos de reformular las metas y los plazos, lo que generó la propuesta contenida en el Informe de la Secretaría que figura en el documento A63/17 y la resolución derivada de ese informe (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 que se comprometan con 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.

7. La finalidad del presente documento es llamar la atención de los Estados Miembros e instarlos a que redoblen los esfuerzos encaminados a fortalecer la iniciativa de eliminar la enfermedad de Chagas, una enfermedad infecciosa que todavía constituye un grave problema de salud pública a pesar de los avances realizados, y cuya persistencia está ligada a las poblaciones más pobres y marginadas de la Región de las Américas.

Antecedentes

8. La respuesta que los países en los que la enfermedad de Chagas es endémica han dado 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 Sur¹ (1992), América Central² (1997), países andinos³ (1998), países amazónicos⁴ (2003) y México (2004) y han contribuido a lograr mejoras sustanciales de la situación mediante la interrupción de la transmisión vectorial en países o en determinadas áreas de los países, la eliminación de especies alóctonas de vectores, la implantación del tamizaje universal de donantes de sangre, la detección de casos congénitos (cuadro 1, 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).

9. La estrategia de prevención y control de la enfermedad de Chagas no debe ser solo eficaz y capaz de reducir la morbilidad, la mortalidad y el sufrimiento humano, sino también eficiente y capaz de ahorrar recursos a los países mediante la reducción de los costos directos e indirectos relacionados con esta enfermedad. Así, el Programa Nacional de Brasil no solo evitó 277.000 nuevas infecciones y 85.000 muertes entre 1985 y 1995, sino que además permitió ahorrar US\$ 7,16 por cada dólar estadounidense gastado (5).

10. En todas las zonas endémicas se han observado reducciones importantes del número de casos agudos y de las poblaciones intradomiciliarias 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.

11. Si bien se han logrado avances sustanciales, no todos los países han conseguido alcanzar las metas propuestas y se presentan nuevos desafíos que deben ser enfrentados, como la propagación de esta enfermedad por los movimientos migratorios a países en los que no es endémica, la necesidad de lograr la sostenibilidad de los programas, el

¹ INCOSUR: Iniciativa del Cono Sur para el Control de la Enfermedad de Chagas.

² 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.

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

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

enfrentamiento de situaciones de emergencia y reemergencia, y la necesidad de ampliar la cobertura de diagnóstico y tratamiento adecuados. Debido a la necesidad de revisar el plan de acción que los países plantean anualmente ante las Iniciativas Subregionales, se presenta este documento, preparado con el aporte técnico de los 21 países de la Región en los que la enfermedad de Chagas es endémica.

12. 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 desviaron los recursos, entre otras causas coyunturales, ocasionaron el rezago de las expectativas planteadas.

Análisis de la situación

13. La enfermedad de Chagas forma parte del grupo de enfermedades desatendidas. La población afectada y en riesgo —incluida la población indígena— es por lo general pobre y vive en condiciones precarias, especialmente por la mala calidad de las viviendas, donde se dan las condiciones para la colonización de los triatominos vectores y su contacto con las personas (6).

14. 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).

15. 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 bajo nivel de parasitemia con el que el paciente chagásico crónico permanece de por vida 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—, lo que puede elevar la letalidad de la enfermedad. La amplia distribución de *T. cruzi* en América Latina justifica la presencia de personal de salud capacitado en el tema en los servicios de atención

primaria, de manera de contar con la capacidad y la coordinación necesarias para derivar a los pacientes a servicios de mayor nivel de complejidad.

16. En las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la Oficina Sanitaria Panamericana 1999-2002, aprobadas por la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (10), se exponen las metas regionales que todos los países deben implementar. 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 a su sistema de bancos de sangre, lo que cubre 65% de las donaciones de sangre de ese país (13-15).

17. 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 de atención primaria, 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 se cura en la mayoría de los casos si se trata dentro de los 12 meses posteriores al nacimiento (16-17).

18. Otras vías de transmisión, algunas de ellas emergentes, que las medidas de prevención, control y atención médica también deben abarcar son 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).

19. Desde la perspectiva de la salud pública, uno de los problemas más apremiantes en la atención médica de esta enfermedad es la falta de acceso a tratamientos etiológicos, pese a los esfuerzos que la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han realizado y realizan para mantener la provisión adecuada de nifurtimox y benznidazol. Estos medicamentos que ya han probado desde hace años su eficacia y son los indicados para casos agudos y crónicos tempranos, han demostrado recientemente 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).

20. 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 su 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 donde la enfermedad no es endémica, ya sea dentro o fuera de la Región (20-21).

Propuesta

Estrategia

21. 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, 61.ª sesión del Comité Regional, realizado en Washington, D.C., del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009.

22. 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) son estrategias que implican generar

acciones en ámbitos y coyunturas intersectoriales e interinstitucionales, dentro de las estructuras y funciones de la atención primaria de salud, con base y sustento en la participación de la comunidad y la cooperación horizontal entre países mediante alianzas y coordinaciones adecuadas.

23. El tamizaje de todos los donantes de sangre, el uso de reactivos de diagnóstico de calidad probada (validados por la autoridad 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 son otras de las estrategias a emplear.

24. 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 permitirá reducir la transmisión vertical y sus secuelas.

25. 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 de atención primaria 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 el ámbito idóneo institucional y comunitario donde se pueden integrar los programas nacionales de prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas.

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

27. Las acciones de información, educación y comunicación deben incluir a la población de las áreas endémicas y al personal de salud y educación. Dadas las implicaciones de la enfermedad de Chagas en 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.

28. 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.

29. La calidad de la evidencia científica disponible debe mejorar 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, MEDIANTE 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*

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.

Tareas a cumplir

- 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).

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

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.

Tareas a cumplir

- 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.

Tareas a cumplir

- Promoción de mejores prácticas en la 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, y con la OPS como secretaría técnica.
- Crear y aplicar procesos de evaluación que incluyan misiones en el terreno.
- Mantener la cooperación técnica con los países en un esquema integrado con la prevención de otras enfermedades.
- Abogar, en conjunto con los países, para obtener 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 Y AMPLIAR 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

- 100% de Cobertura en el diagnóstico, atención médica y tratamiento de niños infectados por *T. cruzi*, de los identificados por encuestas de seroprevalencia.
- Cobertura de 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.

Tareas a cumplir

- Integración del diagnóstico de la enfermedad de Chagas en el sistema de atención primaria 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 y tratamiento de recién nacidos de madres infectadas.

Tareas a cumplir

- Diagnóstico materno de infección por *T. cruzi* y seguimiento del hijo o hija hasta los 12 meses de edad.
- 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 nuevos medicamentos para el tratamiento etiológico

Indicadores

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

Tareas a cumplir

- Apoyo al desarrollo de proyectos de investigación para obtener nuevos y mejores medicamentos.
- Producción de medicamentos en presentaciones pediátricas.
- Introducción de mejoras en los procesos de distribución y acceso.

Actividades de los países

- Ampliar la cobertura de diagnóstico y tratamiento en los servicios del primer nivel de atención, incluidos los recién nacidos de madres infectadas.
- Establecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes según su complejidad clínica.
- Implementar el tamizaje universal de la enfermedad de Chagas en gestantes de áreas de riesgo.
- Reforzar la cadena de suministros de los tratamientos existentes en los países, a fin de aumentar el acceso de los enfermos al tratamiento.

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, y con la OPS como secretaría técnica.
- Crear y aplicar procesos de evaluación que incluyan misiones en el terreno.
- Mantener la cooperación técnica con los países en un esquema integrado con la atención de otras enfermedades desatendidas.
- Abogar, en conjunto con los países, para obtener recursos que fortalezcan el trabajo regional.
- Brindar asesoría técnica.

Recursos necesarios

30. Para el quinquenio 2009-2013 se deberían invertir entre \$2.500.000 y \$6.000.000 en cooperación técnica por parte de la OPS y aproximadamente \$71.000.000 anuales en actividades financiadas por los 21 países endémicos de la Región a través de sus respectivas iniciativas.

31. Estos recursos por valor de \$71.000.000 anuales serían totales para los 21 países endémicos de la Región, distribuidos en la inversión de todos y cada uno de ellos, así como en cada subregión e iniciativa correspondiente.

Relaciones con otras instancias

32. 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.

33. 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), instituciones académicas, universitarias, sociedades profesionales y organizaciones comunitarias.

Sistemas de monitoreo y de evaluación

34. Constituyen sistemas de monitoreo y evaluación las acciones de seguimiento de los resultados y las acciones de prevención, control y atención en el terreno desarrolladas por la OPS. 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 las 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.

35. 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 Comité Ejecutivo

36. Se solicita al Comité Ejecutivo que examine la información que se proporciona en este documento y que estudie la posibilidad de aprobar el proyecto de resolución presentado en el 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.
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. Brasilia: 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.
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.
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&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_searchStrId=1335547216&_rerunOrigin=google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=95c82b0bdbab8926dad984d9be0f2520.
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.
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 o transfusional de *T. cruzi*, para los 21 países endémicos de las Américas.

Grupo de países	2007	2008-2009	2010		2011	
			Semestre 1	Semestre 2	Semestre 3	Semestre 4
Con interrupción de la transmisión vectorial total (numerador) y parcial ^a (denominador)	3/1	6/2	--	8/4	10/2	15
Con tamizaje universal de sangre para Chagas	14	18	--	19	20	--

^a Interrupción parcial debido a la cobertura territorial incompleta o la acción limitada a una especie determinada del insecto vector.

--: semestre sin alcance de objetivos de impacto

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
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	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	INCOSUR AMCHA

País o territorio	Transmisión vectorial	Transmisión transfusional	Transmisión vertical	Iniciativa subregional
	del país con transmisión por vectores funciona la vigilancia vectorial.		frecuente.	
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 Francesa	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.	La sangre se trae de Francia.	Sin datos.	AMCHA

País o territorio	Transmisión vectorial	Transmisión transfusional	Transmisión vertical	Iniciativa subregional
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
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	Tamizaje de 100% de los donantes en todos los bancos de sangre.	Identificada.	IPA AMCHA

País o territorio	Transmisión vectorial	Transmisión transfusional	Transmisión vertical	Iniciativa subregional
	silvestre y brotes por alimentos contaminados en la Amazonía y fuera de ella. Hay vigilancia epidemiológica y vectorial			

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

CE146/14, Rev. 1 (Esp.)
Anexo B

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

1. Punto del orden del día: 4.6. 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



146.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 21 al 25 de junio del 2010

CE146/14, Rev. 1 (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

LA 146.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe *Estrategia y plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas* (documento CE146/14, Rev. 1),

RESUELVE:

Recomendar que el Consejo Directivo apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

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 el informe *Estrategia y plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas* (documento CD50/__) y tomando en consideración:

- a) La existencia de mandatos y resoluciones anteriores de la Organización Panamericana de la Salud, como la resolución CD49.R19 del 49.^o Consejo Directivo del 2009 *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras*

- infecciones relacionadas con la pobreza*, y la resolución WHA51.14 de la Asamblea Mundial de la Salud *Eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas*;
- 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, y
 - 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. Aprobar el documento *Estrategia y 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) a que revisen los planes nacionales o establezcan nuevos planes para la prevención, el control y 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) a que 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) a que provean los recursos necesarios e implementen la Estrategia y plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas;

- d) a que 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) a que 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 contribuya 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) a que 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 el presente Plan.

3. Solicitar a la Directora:

- a) que apoye la ejecución de la Estrategia y 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 del 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

CE146/14, Rev. 1 (Esp.)
Anexo D

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

1. Punto del orden del día: 4.6. 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.