



Informe sobre reuniones de comités de expertos y grupos de estudios¹

Informe de la Secretaría

EVALUACIÓN DE CIERTOS ADITIVOS ALIMENTARIOS Y CONTAMINANTES DE LOS ALIMENTOS

Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios
53º informe
Roma, 1-10 de junio de 1999²

Recomendaciones principales

1. El Comité evaluó toxicológicamente los siguientes aditivos alimentarios: el agente de glaseado poli-1-deceno hidrogenado, el edulcorante eritritol, el espesante curdlan y dos sustancias varias (gamma-ciclodextrina y sulfato sódico). Asignó ingestas diarias admisibles o ingestas diarias admisibles provisionales a todas esas sustancias, salvo al agente de glaseado poli-1-deceno hidrogenado. Además, preparó especificaciones nuevas o revisadas sobre la identidad y la pureza de los aditivos alimentarios evaluados y examinó las especificaciones correspondientes a otros 36 aditivos alimentarios.
2. En la evaluación del EDTA (ácido etilendiamino tetraacético) de sodio y de hierro, el Comité llegó a la conclusión de que se lo podía considerar seguro cuando se utilizaba de conformidad con lo determinado por las autoridades de salud pública en programas supervisados de fortificación de alimentos en respuesta a una necesidad de administración de suplementos de hierro a una población.
3. El Comité evaluó 184 aromatizantes pertenecientes a dos grupos utilizando el procedimiento de evaluación de la inocuidad de los aromatizantes. Sobre la base de los datos toxicológicos, metabólicos y de ingesta y las características estructurales de dichos aromatizantes, el Comité llegó a la conclusión de que ninguno de ellos planteaba problemas de inocuidad.

¹ En el Reglamento de los cuadros y comités de expertos se establece que el Director General presentará al Consejo Ejecutivo un informe sobre las reuniones de los comités de expertos, con observaciones sobre las consecuencias de los informes de esos comités y recomendaciones sobre las medidas que se hayan de adoptar.

² OMS, Serie de Informes Técnicos N° 896, 2000.

4. El Comité examinó la alergenicidad potencial del aceite de cacahuete refinado y del aceite de soja refinado y llegó a la conclusión de que no se había definido un proceso de fabricación que permitiera obtener constantemente productos inocuos. Para una evaluación exhaustiva se necesitarán estudios sobre la tolerancia inmunológica a aceites refinados de cacahuete y de soja representativos.

5. Se evaluaron los contaminantes plomo, metilmercurio y zearalenona. Se mantuvieron las ingestas semanales tolerables provisionales establecidas para el plomo y el metilmercurio, de 25 y 3,3 µg/kg de peso corporal, respectivamente. Tras un examen de los resultados de una evaluación cuantitativa de los riesgos del plomo, el Comité llegó a la conclusión de que las concentraciones presentes en los alimentos tenían efectos insignificantes en el desarrollo neurocomportamental de lactantes y niños. La información disponible sobre el metilmercurio era insuficiente para una evaluación de los efectos en el desarrollo neurológico de los hijos de madres cuya ingesta era baja. Se estableció una ingesta diaria tolerable máxima provisional de 0,5 µg/kg de zearalenona por kg de peso corporal.

6. Se evaluaron estimaciones nacionales de la ingesta de cuatro aditivos alimentarios (extractos de bija, cantaxantina, eritrosina y óxidos de hierro). En la elaboración de su proyecto de norma general sobre aditivos alimentarios, el Comité del Codex sobre Aditivos Alimentarios y Contaminantes está utilizando las recomendaciones sobre ingesta formuladas por el Comité.

7. La información toxicológica y conexas que sirvió de base para las evaluaciones del Comité sobre la inocuidad de estos aditivos alimentarios se resume por separado.¹ La FAO ha publicado las especificaciones.²

Importancia para las políticas de salud pública

8. La labor del Comité pone de relieve la importancia que tiene para la salud pública la evaluación de los riesgos que acarrear las sustancias químicas utilizadas en los alimentos. Destaca la complejidad de ese proceso, que comprende el acopio y el análisis de todos los datos pertinentes; la interpretación de estudios, por ejemplo de carcinogenicidad, genotoxicidad, toxicidad para la reproducción y teratogenicidad; la extrapolación al ser humano de los efectos observados en animales de experimentación, y la caracterización de los peligros para el ser humano sobre la base de los datos toxicológicos y epidemiológicos disponibles.

9. Aunque todos los Estados Miembros tienen el problema de evaluar los riesgos potenciales de las sustancias químicas en los alimentos, en la actualidad sólo unas pocas instituciones científicas pueden evaluar los datos toxicológicos y conexos pertinentes. Por consiguiente, es importante que se suministre a los Estados Miembros información válidas sobre los aspectos generales de la evaluación de riesgos y sobre aditivos alimentarios y contaminantes específicos para que se puedan evaluar los riesgos a nivel nacional.

10. La Comisión del Codex Alimentarius utiliza las recomendaciones del Comité para establecer normas alimentarias internacionales. Éstas se establecen solamente para las sustancias que hayan sido evaluadas por el Comité y a las que se hayan asignado una ingesta diaria admisible (en el caso de los aditivos alimentarios), o cuyo nivel de ingesta tolerable se haya establecido o cuya potencia se haya

¹ *Safety evaluation of certain food additives*. WHO Food Additives Series, N° 444, 2000.

² *Compendium of food additives specifications, Addendum 7*. Estudios FAO: Alimentación y Nutrición, N° 52, Add. 7, 1999.

estimado (en el caso de los contaminantes). De esta manera se asegura que los productos alimenticios objeto de comercio internacional satisfagan estrictas normas de inocuidad.

Repercusiones para los programas de la OMS

11. El Comité evalúa continuamente las sustancias químicas presentes en los alimentos. Para 2000-2001 se han previsto cuatro reuniones del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios, dos sobre aditivos alimentarios y contaminantes de los alimentos, una sobre contaminantes y una sobre residuos de fármacos de uso veterinario en los alimentos.

12. La OMS coopera con el Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentarias, que es el encargado de administrar la Comisión del Codex Alimentarius. Los trabajos del Comité son decisivos para la labor de la Comisión.

13. Las oficinas regionales y los Representantes de la OMS también utilizan las evaluaciones del Comité a la hora de asesorar a los Estados Miembros sobre programas de reglamentación de la inocuidad de los alimentos.

EVALUACIÓN DE CIERTOS RESIDUOS DE FÁRMACOS DE USO VETERINARIO EN LOS ALIMENTOS

Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios 54º informe Ginebra, 15-24 de febrero de 2000¹

Recomendaciones principales

14. El Comité formuló recomendaciones sobre los residuos de varios fármacos de uso veterinario en alimentos de origen animal. También examinó cuestiones vinculadas a la interpretación de los datos sobre la inhibición de la actividad de la colinesterasa y a la armonización de su trabajo con el de la Reunión Conjunta FAO/OMS sobre Residuos de Plaguicidas respecto de las sustancias utilizadas a la vez como medicamentos veterinarios y como plaguicidas.

15. El Comité evaluó un antihelmíntico (ivermectina), cuatro antimicrobianos (flumequina, lincomicina, oxitetraciclina y tilmicosina), seis insecticidas (cihalotrina, α -cipermetrina, diciclanil, permethrina y metrifonato (triclorofon)) y un coadyuvante de la producción (acetato de melengestrol). Se establecieron IDA o IDA temporales para complementar las acordadas en sus anteriores reuniones o en anteriores reuniones conjuntas FAO/OMS sobre residuos de plaguicidas respecto de todas esas sustancias. Se recomendaron límites máximos de residuos (LMR) o LMR temporales para todos los compuestos respecto de los cuales no se habían establecido esos valores en reuniones anteriores, pero los LMR temporales aplicables a la tilmicosina, la cipermetrina y la α -cipermetrina no se prorrogaron porque no se disponía de la información necesaria.

¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 900, en prensa.

16. La OMS ha publicado información toxicológica y conexas resumida sobre cuya base se efectúan las evaluaciones de seguridad de los medicamentos veterinarios.¹ La FAO ha publicado resúmenes de la información que sirvió de base para recomendar los LMR.²

Importancia para las políticas de salud pública

17. La importancia para las políticas de salud pública es equivalente a la de la labor del Comité en materia de aditivos alimentarios y contaminantes de los alimentos (véanse los párrafos 8 a 13 *supra*).

Repercusiones para los programas de la OMS

18. Las repercusiones son las mismas que las de la labor del Comité en materia de aditivos alimentarios y contaminantes de los alimentos (véanse los párrafos 8 a 13 *supra*).

USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES

Comité de Expertos de la OMS en Uso de Medicamentos Esenciales

Noveno informe

Ginebra, 15-19 de noviembre de 1999³

19. El Comité de Expertos de la OMS en Uso de Medicamentos Esenciales se reunió para examinar su informe anterior y actualizar la décima Lista Modelo de Medicamentos Esenciales. En el informe se describe el concepto de medicamentos esenciales y su importancia para las políticas farmacéuticas nacionales y se definen los criterios de selección de las sustancias enumeradas y de sus formas farmacéuticas. El Comité repartió su tiempo entre el examen del papel y de las funciones actuales de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales y la actualización habitual de la misma.

Recomendaciones principales

- **Examen del papel y de las funciones actuales de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales**

20. El Comité observó los excelentes resultados de la Lista Modelo en el establecimiento y la promoción del concepto de medicamentos esenciales, una idea que ha sido adoptada y adaptada mundialmente. Tanto el proceso de selección como el contenido mismo de la Lista son modelos muy útiles y el Comité examinó el posible desempeño óptimo futuro de esas dos funciones.

21. El Comité encomió los esfuerzos actuales de la OMS para vincular la selección de los medicamentos de la Lista Modelo con sus directrices sobre tratamiento y recomendó que en lo posible prosiguiera ese enfoque para facilitar la aplicación de dichas directrices. Encomió asimismo los esfuerzos de la OMS para elaborar directrices basadas en datos científicos para el tratamiento de enfermedades y reconoció el valor de esta actividad.

¹ *Toxicological evaluation of certain veterinary drug residues in food*. WHO Food Additives Series, N° 45, 2000.

² *Residues of some veterinary drugs in animals and foods*. Estudios FAO: Alimentación y Nutrición, N° 41/13, 2000.

³ OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 895, 2000.

22. Las decisiones de incorporación de medicamentos en la Lista Modelo se deben basar en datos científicos idóneos. Las especificaciones para las presentaciones al Comité se deben definir mejor y las propuestas relativas a cada medicamento deben ir acompañadas de análisis farmacoeconómicos válidos. En el informe se deben explicar muy bien las razones de las decisiones finales del Comité.

23. El Comité llegó a la conclusión de que la Lista Modelo debe indicar afecciones prioritarias y fármacos prioritarios cuya accesibilidad y asequibilidad deben estar garantizadas antes de que se inviertan gastos en otros tratamientos. Además de esta lista básica, se deben indicar con una señal de identificación especial los medicamentos que son eficaces y seguros, pero no necesariamente asequibles y cuya administración apropiada requiere una capacitación o servicios de atención sanitaria especiales.

24. El Comité también recibió de buen grado sugerencias en el sentido de que se identifiquen y den a conocer las pruebas disponibles a favor de la incorporación de los fármacos que ya figuran en la Lista, y estuvo de acuerdo en que varios grupos terapéuticos se beneficiarían de una revisión general. En la Lista figuran medicamentos utilizados para tratar algunas afecciones poco comunes, pero se omiten medicamentos eficaces para tratar otras afecciones poco comunes. El Comité no consiguió determinar el fundamento de esas inclusiones o exclusiones, pero observó que en decisiones pasadas se habían considerado en diversa medida criterios tales como los de frecuencia, gravedad y percepciones subjetivas sobre la importancia de la afección y la eficacia del tratamiento. El Comité decidió que era inapropiado examinar este aspecto de la Lista en esa reunión.

25. El Comité deliberó extensamente sobre la necesidad de criterios más explícitos para determinar las enfermedades o afecciones que correspondía incorporar en la lista de «necesidades sanitarias de la mayoría de la población», los medicamentos para tratar las cuales deberían incorporarse en la Lista Modelo. Asimismo, es necesario examinar criterios o elementos más claros para la selección de los fármacos que se han de incluir en la Lista. Reconociendo la conveniencia de que los fundamentos de sus decisiones sean más evidentes y teniendo en cuenta la reciente disponibilidad de los exámenes sistemáticos de la Cochrane Collaboration y los demás adelantos tecnológicos realizados en materia de adopción de decisiones médicas, que reciben el nombre común de medicina basada en datos científicos, el Comité recomienda, como asunto urgente, una revisión general de su metodología de adopción de decisiones. Luego se debería definir la metodología por utilizar en reuniones futuras del Comité, con inclusión del proceso de presentación de una propuesta y la naturaleza del contenido de la misma. En ese contexto, el Comité reconoció que la aplicación de estas recomendaciones tiene repercusiones en materia de recursos.

- **Lista Modelo de Medicamentos Esenciales** (undécima lista)

26. La mayor parte del informe consiste en la Lista Modelo revisada y en el texto se destacan las consideraciones específicas formuladas durante la revisión. A la luz de las deliberaciones sobre la necesidad de que los criterios de incorporación de medicamentos en la Lista se basen más en pruebas científicas, se introdujeron pocas modificaciones en la décima Lista Modelo. No obstante, se añadió la nevirapina para la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño. Esta decisión se basó en los resultados de un estudio patrocinado por la OMS y en las recomendaciones del Grupo de Trabajo Técnico OMS/ONUSIDA/UNICEF/FNUAP. A petición de la iniciativa «Alto a la tuberculosis», también se añadieron a la Lista combinaciones de dosis fijas de cuatro medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis. Además, en el texto se añadió un párrafo sobre la utilidad del tratamiento de sustitución de la nicotina para el abandono del hábito de fumar.

Importancia para la salud pública

27. Los medicamentos esenciales son los que satisfacen las necesidades de atención sanitaria de la mayor parte de la población; por lo tanto, deben estar a disposición en todo momento en cantidades suficientes y en formas farmacéuticas apropiadas, a precios asequibles para los individuos y la comunidad. Siguiendo el modelo del proceso de la OMS, con el asesoramiento de expertos en salud pública, medicina, farmacología, farmacia y gestión farmacéutica, se deberían confeccionar y actualizar periódicamente listas nacionales de medicamentos esenciales. Más de 150 países han confeccionado sus listas nacionales de medicamentos esenciales. Éstas se utilizan, entre otras cosas, para la adquisición de los medicamentos necesarios, el reembolso en el marco de planes de seguro médico, la capacitación de trabajadores de salud, la formulación de directrices de tratamiento estándar, y el fomento de la producción farmacéutica local. En otras palabras, las listas de medicamentos esenciales sirven para determinar las prioridades del sector farmacéutico nacional. La selección de los medicamentos esenciales se basa cada vez más en pruebas científicas comparativas sobre la eficacia, la seguridad y la eficiencia (antes que el costo) de los tratamientos recomendados de las enfermedades prioritarias.

Repercusiones para los programas de la OMS

28. Las recomendaciones de revisión de los procedimientos de actualización y difusión de la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales y de fortalecimiento de los vínculos entre las directrices de tratamiento de la OMS y la Lista Modelo tienen repercusiones para la Organización. Se presentará al Consejo Ejecutivo en su 109ª reunión, en enero de 2002, un informe aparte sobre la revisión de dichos procedimientos, que comenzó en 2000. La selección de medicamentos para la Lista Modelo tiene repercusiones para el establecimiento de normas farmacopeicas y patrones de referencia pertinentes, así como para el Formulario Modelo OMS. Muchos Estados Miembros siguen de cerca la selección de los medicamentos esenciales para tenerla en cuenta a la hora de confeccionar sus listas nacionales de medicamentos esenciales.

QUÍMICA Y ESPECIFICACIONES DE LOS PLAGUICIDAS

Comité de Expertos de la OMS en Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial 16º informe

Ginebra, 6-10 de diciembre de 1999¹

Recomendaciones principales

29. A fin de mejorar aún más la calidad de los plaguicidas utilizados para fines de salud pública, la OMS debe velar por una amplia difusión de sus especificaciones y fortalecer y ampliar los programas de control de la calidad de los plaguicidas. Por razones de seguridad humana y ambiental, así como de eficacia y economía, los plaguicidas de buena calidad son esenciales.

30. Cuando se deben utilizar plaguicidas con fines de salud pública, la OMS, en colaboración con la industria y con otras instituciones pertinentes, debe seguir promoviendo la seguridad y la utilización racional.

¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 899, 2001.

31. Con objeto de asegurar la armonización de los procedimientos aplicados en la elaboración de especificaciones para los plaguicidas utilizados en la agricultura y con fines de salud pública, se debe reforzar y formalizar la colaboración entre la OMS y la FAO. Semejantes procedimientos armonizados mejorarán la calidad de las especificaciones; aumentarán su aceptabilidad por parte de los gobiernos, la industria y los comerciantes; darán transparencia al proceso y a la adopción de decisiones, y harán que la elaboración de esas especificaciones sea más eficiente y eficaz en relación con los costos para la industria y para la FAO y la OMS.

32. La OMS debe facilitar y promover la búsqueda de plaguicidas alternativos y medidas de control que acarreen riesgos mínimos para la salud humana y el medio ambiente y que sean eficaces en relación con los costos. En este contexto, se debe fortalecer la colaboración con los institutos de investigación pertinentes y con la industria.

33. Teniendo presentes el número limitado de plaguicidas desarrollados en los últimos años y la necesidad de prolongar la vida útil de los compuestos disponibles, la OMS, en colaboración con otras instituciones pertinentes, debe reforzar la vigilancia de la resistencia a los plaguicidas en los vectores y las plagas de importancia para la salud pública y promover estrategias eficaces y prácticas de gestión de la resistencia.

34. Para mejorar la gestión de los plaguicidas a nivel mundial, la OMS y la FAO, con la asistencia de la industria y las autoridades nacionales, debe promover programas intersectoriales de vigilancia de la utilización de los plaguicidas en los ámbitos agrícola, de la salud pública y familiar.

Importancia para las políticas de salud pública

35. La continua importancia de las enfermedades transmitidas por vectores para la salud pública mundial significa que debemos seguir dependiendo del control químico de los vectores. Los plaguicidas de buena calidad son esenciales (véase el párrafo 29), pero la cantidad de plaguicidas de mala calidad que se venden en los países en desarrollo es alarmantemente elevada y la capacidad de la mayor parte de esos países para ejercer un control sobre la calidad de los plaguicidas es limitada. Por lo tanto, se insta a los gobiernos y a las organizaciones internacionales y regionales a que adopten las especificaciones de plaguicidas de la OMS a fin de asegurar que se fabriquen y vendan productos de buena calidad. En la Argentina, Bélgica, el Pakistán y los Estados Unidos de América se han establecido centros colaboradores regionales de la OMS en materia de control de la calidad de los plaguicidas para prestar servicios pertinentes a los países que necesitan dicho control de la calidad.

36. La reforma del sector sanitario conlleva nuevas dificultades para la selección, la compra, la adquisición, la utilización y la vigilancia de los insecticidas. Esta complicación justifica la necesidad de un enfoque multisectorial de la adopción de decisiones en materia de gestión de plaguicidas. También se necesitan políticas y directrices nacionales sobre plaguicidas para que la utilización de los plaguicidas en la salud pública sea eficaz en relación con los costos y segura y la duración de su eficacia sea máxima.

Repercusiones para los programas de la OMS

37. El Comité de Expertos de la OMS en Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial formula recomendaciones actualizadas sobre la calidad y la seguridad de los plaguicidas utilizados en la salud pública y vela por la existencia de normas internacionales de control de la calidad y de comercio internacional. Posibilita que la OMS desempeñe sus responsabilidades constitucionales en esta esfera. La importancia de la información y las recomendaciones del informe pone de relieve la necesidad de que la OMS dé amplia difusión a las recomendaciones del Comité dirigidas a las autoridades reguladoras

nacionales, los laboratorios nacionales de control y los fabricantes de plaguicidas utilizados en la salud pública.

38. La recomendación del Comité sobre la colaboración entre la OMS y el FAO en relación con la utilización de plaguicidas ha dado ya lugar a la firma de un memorando de entendimiento sobre la cooperación en un programa conjunto de establecimiento de especificaciones de plaguicidas. Su aplicación facilitará una mejor colaboración.

39. La recomendación relativa al desarrollo de plaguicidas alternativos urgentemente necesarios (párrafo 32) y a la promoción de su utilización segura y racional en actividades de salud pública (párrafo 30) pone de relieve la función coordinadora única en su género y el liderazgo de la OMS en esta esfera.

ATENCIÓN DOMICILIARIA Y A LARGO PLAZO

Grupo de Estudio de la OMS

Ma'ale Hachamisha, Israel, 5-10 de diciembre de 1999¹

40. Idealmente, la atención domiciliaria debe formar parte integrante de todos los sistemas sanitarios y sociales. Sin embargo, para comenzar, debería haber por lo menos programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Los pasos sucesivos son los siguientes: apoyo a la prestación de atención no institucionalizada de orientación comunitaria e iniciativa local; introducción de la atención de base comunitaria, inclusive en el domicilio del paciente; facilitación de los tratamientos crónicos o prolongados, e introducción de la atención orientada a la rehabilitación de hospitales generales y finalmente de servicios terciarios. El institucional es el último elemento de la atención a largo plazo que se debe introducir. La asignación de recursos públicos para la prestación de servicios debe seguir la misma secuencia que la introducción de los servicios. En muchos países ya es demasiado tarde para adoptar este enfoque racional, no obstante lo cual se debe alentar a todos los países a subsanar las deficiencias existentes en sus respectivos sistemas o a instaurar servicios, comenzando por los que requieran la mínima intervención antes de pasar a las actividades más complejas.

41. El modelo de desarrollo de los países industrializados no es necesariamente apropiado ni siquiera deseable para los países en desarrollo. En los países desarrollados, la mayor parte de los sistemas de atención a largo plazo segregan a grupos de edad y tienen servicios sanitarios y sociales separados para la atención aguda y a largo plazo. Se deben redoblar los esfuerzos para cambiar esos sistemas, pero los países en desarrollo pueden evitar adoptarlos en primer lugar integrando la atención domiciliaria en sus sistemas de atención primaria de salud.

Recomendaciones principales

42. El Grupo de Estudio recomendó que la atención se reconociera como una necesidad humana prioritaria que todos están obligados a satisfacer, sean hombres o mujeres. Por otra parte, todos los sectores de la sociedad y los gobiernos deben reconocer y respaldar como elemento esencial del desarrollo, la prestación de atención y de cuidados, incluso la atención a largo plazo de las personas con algún tipo de dependencia funcional, y apoyar a los dispensadores de cuidados.

¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 898, 2000.

43. Se deben establecer políticas que comprendan la atención domiciliaria a largo plazo como parte integrante de los sistemas sanitarios y sociales y los esfuerzos de reforma sanitaria de un país. Estas políticas deben abarcar no sólo los servicios, sino también los recursos y las prioridades de asignación de recursos.

44. Se deben fomentar y respetar las iniciativas creativas de base comunitaria para la atención a largo plazo. El Grupo de Estudio también recomendó que se examine la posibilidad de aplicarlas en gran escala.

45. Las políticas e iniciativas nacionales en todos los niveles se deben basar en las estructuras y los recursos existentes y se debe considerar seriamente la posibilidad de integrar la atención domiciliaria a largo plazo en la atención primaria de salud.

46. El Grupo de Estudio recomendó la adopción de un enfoque que concentre la atención en la promoción de la salud y el aplazamiento de la discapacidad a lo largo de la vida, así como en las necesidades de las personas funcionalmente dependientes y de quienes las cuidan, independientemente de la etiología de la dependencia y de la edad del paciente o del dispensador de cuidados.

47. Antes de establecer servicios institucionales se deben diseñar y dispensar servicios domiciliarios y comunitarios con objeto de satisfacer las necesidades de las personas funcionalmente dependientes y sus familias.

Importancia para las políticas de salud pública

48. En los dos decenios venideros cambiarán espectacularmente las necesidades de salud de la población mundial, y las enfermedades no transmisibles, las enfermedades mentales y los traumatismos pasarán a ser causas principales de discapacidad. Se prevé que el tamaño de la población de más edad aumentará hasta en un 300% en muchos países en desarrollo. Además, el VIH/SIDA seguirá siendo una causa muy importante de discapacidad (y mortalidad). La necesidad de cuidados prolongados está aumentando pronunciadamente por doquier.

49. Esta evolución exige una orientación muy diferente de la política del sector sanitario y de los servicios de atención sanitaria porque los enfoques por enfermedades han pasado a ser insuficientes. En denominador común resultante de estos cambios demográficos y epidemiológicos es la dependencia funcional y la creciente necesidad de atención para gestionar la vida cotidiana.

Repercusiones para las actividades de la OMS

50. La evolución descrita más arriba significa que la atención a largo plazo debe pasar a formar parte integrante de **todas** las actividades de la OMS relacionadas con lo siguiente:

- el desarrollo de los sistemas de salud;
- la creciente carga doble de la morbilidad (es decir las enfermedades infecciosas, como el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo; las enfermedades no transmisibles crónicas, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes; las enfermedades mentales y las enfermedades debilitantes, por ejemplo la epilepsia, la depresión y la demencia, y la discapacidad crónica resultante de la violencia, por ejemplo de accidentes viales y guerras);

- paridad entre los sexos y desarrollo social: la prestación de cuidados suele ser un trabajo femenino que tiene repercusiones muy importantes en el desarrollo social y económico de los países.

CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Comité de Expertos de la OMS en control de la enfermedad de Chagas, Segundo informe, Brasilia 20-28 de noviembre de 2000¹

51. La enfermedad de Chagas es frecuente en toda la América Latina, pero sus características clínicas y epidemiológicas varían de una zona endémica a otra. Los esfuerzos desplegados para interrumpir su transmisión han dado buenos resultados en varios países y deben proseguir porque se dispone de instrumentos eficaces en relación con los costos para la lucha antivectorial química y la detección sistemática de sangre infectada por *Trypanosoma cruzi* en los bancos de sangre.

52. La transmisión de la enfermedad de Chagas se interrumpió en el Uruguay en 1997, en Chile en 1999, y en 8 de los 12 estados endémicos del Brasil en 2000. Los datos indican que la transmisión vectorial y transfusional se interrumpirá en Bolivia y el Paraguay para 2003. Merced a la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas en los países que forman parte de la Iniciativa del Cono Sur, se ha reducido sustancialmente la incidencia de la enfermedad en toda América Latina y el número de defunciones ha disminuido de 45 000 en 1990 a 21 000 en 2000.

53. El informe presenta directrices técnicas para la planificación, la aplicación y la evaluación de programas nacionales de control encaminados a interrumpir la transmisión. Comprende un examen crítico de los conocimientos actuales de la enfermedad y su patogénesis, los parásitos y los criterios de clasificación, así como los vectores y reservorios de infección. También se examinan estrategias para interrumpir la transmisión y la eficacia de las mismas en relación con sus costos.

Recomendaciones principales

54. Los progresos realizados hacia la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas en varios países de América Latina en los 20 años últimos han sido notables. Los programas nacionales de control y las instituciones de investigación de los países endémicos necesitan un apoyo continuo para que se pueda alcanzar la meta de eliminación de la enfermedad para el año 2010, establecida por la Asamblea Mundial de la Salud por resolución WHA51.14.

55. Los países endémicos deben proseguir las actividades de control vectorial y vigilancia, independientemente del grado de interrupción de la transmisión vectorial. Los países que han conseguido interrumpir eficazmente la transmisión deben mantener sus actividades nacionales de vigilancia vectorial durante el tiempo necesario para garantizar que su territorio siga exento de transmisión de la enfermedad por vectores intradomiciliarios.

¹ El presente resumen se basa en un texto no revisado; en el informe final que se publicará en la Serie de Informes Técnicos podrán cambiar aspectos formales de redacción, pero no el significado técnico.

56. Los países endémicos deben seguir analizando sistemáticamente la sangre de los bancos para detectar la presencia de *Trypanosoma cruzi* a fin de asegurar que también se interrumpa la transmisión del parásito por transfusión sanguínea.

57. A nivel nacional deben desplegarse esfuerzos encaminados a asegurar que las personas infectadas que se hallen en la fase temprana indeterminada de la enfermedad, así como en la adultez, reciban tratamiento con el único medicamento actualmente disponible (benznidazol). Se debe tratar a las personas infectadas que vivan en las zonas donde se haya interrumpido la transmisión relacionada con vectores. Al mismo tiempo, se deben proseguir las investigaciones sobre nuevos medicamentos eficaces.

58. Se deben elaborar y aplicar sistemas y métodos nacionales de control de la calidad de los reactivos de diagnóstico y los insecticidas antes de que se apruebe su utilización en el tratamiento clínico, el análisis sistemático de la sangre de los bancos de sangre y las actividades de rociado.

59. Se deben fomentar los estudios epidemiológicos y clínicos sobre la enfermedad de Chagas congénita en los países donde se haya interrumpido su transmisión por vectores.

60. Los ministerios de salud de los países endémicos deben analizar los aspectos económicos de los diferentes métodos de aplicación de las estrategias validadas de control.

61. Es preciso que se sigan apoyando las actividades de investigación y capacitación de la OMS, incluidas las del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales.

Importancia para las políticas de salud pública

62. Como se hallaba implícito en la resolución WHA51.14, se necesita un apoyo concentrado en las investigaciones entomológicas y epidemiológicas aplicadas sobre el control tanto domiciliado como no domiciliado de triatominos vectores en los países andinos y de América Central.

63. En esos países, como los vectores de la enfermedad de Chagas no están estrictamente domiciliados, será necesario formular o adaptar estrategias de control acordes con las condiciones entomológicas locales en los lugares donde los vectores procedentes de ecotopos selváticos puedan reinfestar viviendas.

64. Los análisis y recomendaciones presentados en el informe pueden contribuir a proyectos subregionales, entre ellos las iniciativas del Cono Sur, de los Países Andinos y Centroamérica, descritas en los siguientes párrafos 65 a 70.

Iniciativa del Cono Sur

65. Esta Iniciativa, emprendida en 1991 por la Argentina, Bolivia, el Brasil, Chile, el Paraguay y el Uruguay, tiene por objeto aplicar una estrategia encaminada a la eliminación de la enfermedad de Chagas mediante la interrupción de la transmisión vectorial y la detección sistemática en los donantes de sangre. Como resultado, se han prevenido 325 000 casos anuales nuevos de infección por *T. cruzi* y 127 000 casos de miocardiopatías y muerte súbita. El modelo aplicado en el Cono Sur ha sido adaptado ya a las otras dos iniciativas subregionales (véanse los siguientes párrafos 68 a 70).

66. Las repercusiones económicas son igualmente notables. Los recientes estudios de costo/eficacia realizados en el Brasil muestran que los países participantes han economizado más de US\$ 1140 millones en gastos de atención sanitaria y seguridad social. Entre 1992 y 2000, en esos países se han invertido en la Iniciativa fondos nacionales por un total de aproximadamente US\$ 350 millones.

67. En la actualidad, el principal desafío estriba en asegurar la sostenibilidad del programa en el contexto epidemiológico de una incidencia muy baja de infección por *T. cruzi* y un contexto institucional de reforma del sector sanitario, la descentralización de cuyas operaciones puede dar lugar a que se dé menos prioridad a las actividades de eliminación.

Iniciativa de los Países Andinos

68. Colombia, el Ecuador, el Perú y Venezuela lanzaron esta Iniciativa en 1997 en Bogotá. Los datos procedentes de Venezuela indican que desde la introducción de las actividades de lucha antivectorial, la seroprevalencia de infección por *T. cruzi* en los menores de 10 años ha disminuido constantemente en los cuatro últimos decenios de un 20,5% (1958-1968) a un 3,9% (1969-1979), a un 1,1% (1980-1989) y a un 0,8% (1990-1999). De 1990 a 1999, la incidencia de infección en el grupo de 0 a 4 años de edad se redujo un 90%, hasta llegar a menos del 1,0%. La transmisión de *T. cruzi* está limitada a los estados de Barinas, Lara y Portuguesa.

Iniciativa Centroamericana

69. Por resolución N° 13 de la XIII Reunión del Sector Salud de Centroamérica (RESSCA) (Belize, 1997), se lanzó la Iniciativa Centroamericana de control de la transmisión vectorial y transfusional de *T. cruzi*.

70. La eliminación de *Rhodnius prolixus* de Guatemala, Honduras y Nicaragua es viable. Las actividades de vigilancia del vector selvático *Triatoma dimidiata* se deben mantener durante los próximos años. En la actualidad no hay actividades sistemáticas de lucha antivectorial en Belice, Costa Rica ni Panamá.

Repercusiones para los programas de la OMS

Por resolución WHA51.14 se suscribe una estrategia encaminada a interrumpir la transmisión de la enfermedad de Chagas mediante una combinación de investigaciones aplicadas sobre el terreno y actividades de control. El objetivo es eliminar la transmisión para el año 2010.

= = =