

INICIATIVA DE LOS PAÍSES DE AMÉRICA CENTRAL, PARA
LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VECTORIAL Y
TRANSFUSIONAL DE LA ENFERMEDAD
DE CHAGAS (IPCA)

HISTORIA DE **12** AÑOS
DE UNA INICIATIVA SUBREGIONAL
1998-2010



**INICIATIVA DE LOS PAÍSES DE AMÉRICA CENTRAL, PARA
LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VECTORIAL Y
TRANSFUSIONAL DE LA ENFERMEDAD
DE CHAGAS (IPCA)**



HISTORIA DE 12 AÑOS
DE UNA INICIATIVA SUBREGIONAL
1998-2010

Tegucigalpa, Honduras, agosto 2011

616.9363 Iniciativa de los Países de América Central, para la Interrupción de la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas (IPCA).
Historia de 12 años de una Iniciativa Subregional 1998-2010. /Representación de la OPS/OMS en Honduras; 2011. 89 p.

ISBN 978-99926-742-5-3

1. ENFERMEDAD DE CHAGAS 2. AMERICA CENTRAL 3. ENFERMEDADES
TRANSMISIBLES.

Organización Panamericana de la Salud, 2011
IPCA

ISBN: 978-99926-742-5-3

ISBN: 978-99926-742-5-3



Recopilado y editado por:

Dra. Tamara Mancero Bucheli, Secretaria Técnica de la IPCA
Dr. Carlos Ponce Garay, Consultor Enfermedad de Chagas

Impreso en Tegucigalpa, Honduras, por Impresos Creativos.

1	PRESENTACIÓN	4
2	ANTECEDENTES	6
2.1	LA ENFERMEDAD DE CHAGAS	6
2.2	LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LOS PAÍSES DE CENTRO AMÉRICA	6
3	INTRODUCCIÓN	8
3.1	ORIGEN DE LA IPCA	8
3.2	LANZAMIENTO DE LA IPCA	9
4	REUNIONES ANUALES DE LA COMISIÓN TÉCNICA INTERGUBERNAMENTAL (CTI)...	13
4.1	PRIMERA REUNIÓN	13
4.2	SEGUNDA REUNIÓN	13
4.3	TERCERA REUNIÓN	14
4.4	CUARTA REUNIÓN	14
4.5	QUINTA REUNIÓN	15
4.6	SEXTA REUNIÓN	15
4.7	SÉPTIMA REUNIÓN	16
4.8	OCTAVA REUNIÓN	17
4.9	NOVENA REUNIÓN	18
4.10	DÉCIMA REUNIÓN	18
4.11	DÉCIMO PRIMERA REUNIÓN	19
4.12	DÉCIMO SEGUNDA REUNIÓN	20
5	PROGRAMAS NACIONALES	26
5.1	BELICE	26
5.2	COSTA RICA	27
5.3	EL SALVADOR	27
5.4	GUATEMALA	28
5.5	HONDURAS	29
5.6	NICARAGUA	31
5.7	PANAMÁ	33
6	TALLERES TÉCNICOS Y CURSOS	34
7	PROYECTOS DE COOPERACIÓN ENTRE PAISES (TCC)	36
8	EVALUACIONES INTERNACIONALES	40
9	CONTROL DE LA TRANSMISIÓN TRANSFUSIONAL DE <i>TRYPANOSOMA CRUZI</i> EN AMÉRICA CENTRAL	54

10	IPCA: UNA EXPERIENCIA EXITOSA	55
10.1	APOSTILLAS A LA FASE GENIÁSICA DE LA IPCA, RODRIGO ZELEDÓN*	55
10.2	MI VISIÓN DE LA IPCA, CHRISTOPHER J. SCHOFIELD*	56
10.3	MEMORIA DE LOS 12 AÑOS DE LA IPCA, GABRIEL A. SCHMUNIS*	59
10.4	LA INICIATIVA CENTROAMERICANA PARA EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS: UN MODELO EXITOSO DE ACCIONES COMPARTIDAS ENTRE PAÍSES, ANTONIO CARLOS SILVEIRA.*.....	62
10.5	VISIÓN DE LA IPCA, JUN NAKAGAWA*	65
10.6	UNA VISIÓN DE LA INICIATIVA DE LOS PAÍSES DE CENTRO AMÉRICA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS IPCA, GILLES DE MARGERIE*.....	67
10.7	DOCE AÑOS DE LA INICIATIVA DE LOS PAÍSES DE AMÉRICA CENTRAL PARA LA ...	68
10.8	VISIÓN DE LA IPCA , ACDI, WILLOW MINAKER*	69
10.9	UNA VISIÓN DE LA IPCA, ROBERTO SALVATELLA AGRELO*	71
10.10	UNA PERSPECTIVA DEL P ROCESO DE LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN VECTORIAL Y TRANSFUSIONAL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS DENTRO DE LA INICIATIVA DE LOS PAÍSES DE CENTRO AMÉRICA (IPCA), DR ENRIQUE GIL BELLORÍN*.....	72
10.11	VISIÓN Y DESARROLLO DE LA INICIATIVA DE LOS PAÍSES DE AMÉRICA CENTRAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (IPCA), RAFAEL A. CEDILLOS*.....	75
10.12	VISIÓN DE LA IPCA, CONCEPCIÓN ZUNIGA VALERIANO*	76
11	ARMONIZACIÓN DE LA COOPERACIÓN.....	79
12	PERSPECTIVAS FUTURAS DE LA IPCA	81
13	OBITUARIOS	83
14	GALERIA DE FOTOS.....	87

La enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis Americana, es una enfermedad tropical parasitaria transmitida por vectores, que pasa a una etapa crónica con la edad y fue descrita por primera vez por el brasileño Carlos Chagas en 1909, de quien saca su nombre.

La enfermedad de Chagas, es la endemia de mayor prevalencia presente en 21 países de América, donde viven 100 millones de personas en las áreas de riesgo, estimándose que 8 millones podrían estar infectadas siendo un problema de gran importancia para la salud pública.

La enfermedad de Chagas, se transmite por la infección del parásito *Trypanosoma cruzi* a través de insectos hematófagos de la subfamilia Triatominae que habitan o visitan casas precarias rurales y periurbanas, generalmente donde residen poblaciones en condiciones de pobreza. Otra vía de transmisión es a través de la sangre o hemoderivados por un inadecuado tamizaje en sangre donada.

A pesar de que la meta de eliminación de la enfermedad de Chagas para el 2010, propuesta en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud por medio de su Resolución N° 14, no pudo ser alcanzada en ese plazo, han sido muchos los avances y logros.

El trabajo de la enfermedad de Chagas en las Américas fue liderado por la creación y buen trabajo de iniciativas subregionales gubernamentales: INCOSUR (1992), IPCA (1997), IPA (1997), AMCHA (2003) y México (2004).

Este libro recoge las ricas experiencias de 12 años de vida de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica para la Interrupción de la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas (IPCA), a través de sus actores, brinda evidencia que servirá de ejemplo para combatir otros problemas de salud pública y servirá de motivación para los jóvenes recursos humanos que deberán continuar trabajando para alcanzar los retos futuros.

La IPCA, creada en 1997 en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras a partir del ejemplo de la INCOSUR, ha sido un modelo de voluntad política de los gobiernos centroamericanos, sustentada en criterios técnicos de científicos de los países latinoamericanos y del mundo, con apoyo organizado y armonizado entre diversas agencias de Cooperación, sobre todo JICA que ha contribuido técnica y económicamente desde el inicio en varios países de Centroamérica.

Para la OPS, ha sido motivo de mucha satisfacción el ejercer la Secretaría Técnica de la IPCA, apoyado además la ejecución de Proyectos de Cooperación entre países (TCC) y contribuido con el esfuerzo armonizado entre los gobiernos y cooperación internacional para mejorar las condiciones de vida de la población de Centroamérica.

Los participantes en esta publicación han sido parte de la historia y éxitos de esta iniciativa. La IPCA, convertida en un espacio de discusión técnica para el desarrollo de estrategias de prevención y control, ha tenido varios logros entre los que destacamos: La armonización de la cooperación internacional (OPS, JICA, ACIDI, IDRC, MSF, Visión Mundial, CARE, entre otros); desactivación de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus*, con evidencia de interrupción de la transmisión vectorial de *T.cruzi* en Guatemala, Honduras y Nicaragua; eliminación de *R.prolixus* en El Salvador y la interrupción de la transmisión vectorial de *T. cruzi* por *T. dimidiata* en Belice prácticamente alcanzada. Además los siete países miembros de la IPCA, realizan el tamizaje serológico universal para *T. cruzi* en todos los bancos de sangre públicos y privados y ha mejorado la cobertura y calidad de la atención de los pacientes infectados por *Trypanosoma cruzi*.

El esfuerzo futuro deberá estar encaminado en acompañar la eliminación de la transmisión por *R.prolixus* con una adecuada vigilancia, mejorar el control de calidad del tamizaje serológico para *T. cruzi* en los bancos de sangre, abordar de manera creativa y eficaz al *Triatoma dimidiata* vector autóctono en toda la Subregión y al *Rhodnius pallescens*; e incrementar la atención médica a las personas con la enfermedad de Chagas.

El futuro es prometedor y el entusiasmo demostrado en estos 12 años de la IPCA van a continuar para mantener los logros alcanzados y eliminar toda transmisión de *T. cruzi* en la población de Centroamérica.



Mirta Roses Periago
Directora

2 ANTECEDENTES

2.1 La enfermedad de Chagas

La Tripanosomiasis Americana más conocida con el nombre de enfermedad de Chagas en honor al Dr. Carlos Chagas, médico brasileño que hiciera el descubrimiento de los elementos que determinan ésta enfermedad, es causada por el parásito *Trypanosoma cruzi* el que es transmitido a los mamíferos incluyendo el humano, por un grupo de insectos hematófagos de la subfamilia Triatominae del Orden Hemiptera. El nombre de Tripanosomiasis Americana, obedece a que ésta zoonosis desde su descubrimiento hasta hace poco tiempo, estuvo circunscrita al continente americano desde el sur de Estados Unidos hasta el norte de Argentina y Chile. En América Latina la enfermedad de Chagas ha sido el mayor problema de salud pública, principalmente en los países en los que la endemia es alta.

Sin embargo en los últimos 15 años las estimaciones de población infectada y población en riesgo de adquirir la infección en América Latina, se han reducido significativamente como resultado de las acciones de prevención y control que llevan a cabo las diferentes iniciativas multinacionales a nivel de subregiones apoyadas técnicamente por la Organización Panamericana de la Salud. Estas estimaciones son 50% menores que las que se tenían en 1990 y están basadas en los logros de las iniciativas. La información reciente de 21 países endémicos, estima una población infectada de 8 a 9 millones de personas y que unos 40 millones pueden estar en riesgo de adquirir la infección.

A cien años de su descubrimiento, la enfermedad de Chagas sigue teniendo un considerable impacto en la salud pública de América Latina presentando nuevos retos en su epidemiología como la migración de grandes núcleos de población rural a las grandes ciudades y nuevas formas de adquirir la infección como la vía oral por ciertos alimentos contaminados. La enfermedad ha pasado del contexto continental que tuvo por mucho tiempo, a un contexto global por la creciente migración de población de países endémicos a países no endémicos de otros continentes y también a países no endémicos de América como es el caso de Los Estados Unidos y Canadá. En este nuevo contexto la enfermedad de Chagas tiene ahora mayor importancia.

2.2 La enfermedad de Chagas en los países de Centro América

El istmo centroamericano está conformado por siete países: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, con una extensión territorial de 521,500 kilómetros cuadrados y una población de 36 millones. Está ubicado entre Colombia en América del Sur y México en América del Norte, el Océano Pacífico y el Mar Caribe. Se caracteriza por tener una biodiversidad muy amplia con diferentes patrones ecológicos y climatológicos y ser muy vulnerable a desastres naturales como terremotos, huracanes, maremotos y erupciones volcánicas.

La explotación de sus recursos naturales principalmente los bosques, el cambio climático y los movimientos migratorios dentro de cada país y entre los países influyen en la epidemiología de todas las enfermedades transmisibles incluyendo la enfermedad de Chagas.

La enfermedad de Chagas en América Central se conoce desde 1913 cuando fue reportado el primer caso humano en El Salvador constituyéndose en el segundo país del continente en notificar la enfermedad (Segovia 1913). Los demás países de América Central en orden cronológico reportaron los primeros casos en los siguientes años: Panamá 1931 (Miller 1931); Guatemala 1933 (Reichenow 1933); Costa Rica 1941 (Bullow 1941); Nicaragua 1949 (Alvarez-Montalbán & Gutiérrez 1949); Honduras 1960 (León-Gómez et al. 1960) y Belice 1967 (Coura & Petana 1967).

De las 7 especies de triatomíneos vectores del *Trypanosoma cruzi* considerados de mayor importancia epidemiológica, tres de ellos *Rhodnius prolixus*, *Triatoma dimidiata* y *Rhodnius pallescens* están presentes en América Central.

En Belice el único vector de importancia epidemiológica es *Triatoma dimidiata*, eminentemente silvestre, pero que cada vez con mayor frecuencia visita las viviendas humanas. El vector más importante en Costa Rica es *Triatoma dimidiata*. La dispersión en América Central de *Rhodnius prolixus* en el siglo pasado llegó hasta el norte de Costa Rica de donde fue eliminado con aplicación de insecticidas (Ruiz 1953). En El Salvador la dispersión de *R. prolixus* fue muy amplia a partir de 1915 en las áreas rurales y en la periferia de las ciudades hasta los años 80s. Durante 2003 y 2004 se realizó una amplia encuesta entomológica que reveló únicamente la presencia de *T. dimidiata* con altos índices de dispersión y de infestación. En Guatemala, *R. prolixus* y *T. dimidiata* son los vectores más importantes, sin embargo hay otro vector reportado en este país con alguna frecuencia y es *Triatoma nitida*. Los principales vectores de *T. cruzi* en Honduras son *R. prolixus* que tiene una amplia dispersión focal, e infestando estrictamente el intradomicilio y *T. dimidiata* con una amplia dispersión, en diferentes condiciones ecológicas y climatológicas. *Triatoma nitida* es reportado con frecuencia en algunas áreas del país. En Nicaragua los dos vectores de importancia epidemiológica son *R. prolixus* y *T. dimidiata* y en Panamá el principal vector es *Rhodnius pallescens* y el segundo vector importante es *T. dimidiata*.

3 INTRODUCCIÓN

3.1 Origen de la IPCA

En septiembre de 1995 en Santo Domingo de los Colorados, Ecuador se llevó a cabo el primer Taller de la Red ECLAT (European Community Latin America Triatominae Research Network) sobre “Genética Poblacional y Control de Triatominos”. En este evento participaron investigadores de Argentina, Alemania, Bélgica, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Francia, Honduras, Inglaterra, México, Perú, Uruguay y Venezuela. Entre las conclusiones de ese Taller destacan las siguientes:

*“La condición entomo-epidemiológica de la enfermedad de Chagas humana fue revisada en el taller, demostrándose una vez más su importancia y gran área de dispersión en toda la región de Centroamérica y México. La distribución y la etoecología de los principales vectores de la enfermedad fueron revisadas, alcanzándose importantes bases para definir los objetivos y estrategias de control. El elemento más importante y novedoso vino de las investigaciones compartidas de Honduras y Costa Rica, señalando de manera muy sólida el rol fundamental del *Rhodnius prolixus* como principal transmisor en la región así como la enorme factibilidad de su control, o lo mismo, erradicación. En otras palabras, las observaciones de Rodrigo Zeledón y de Carlos y Elisa Ponce han generado la fuerte tesis que esa especie, responsable por gran parte de los casos de la enfermedad de Chagas humana en América Central y parte de México, está muy alejada de su epicentro de dispersión y se encuentra prácticamente restringida al ambiente domiciliar, una situación totalmente distinta a la de Venezuela. Con esto, las acciones ya ensayadas de control químico han sido muy exitosas contra este insecto que prácticamente ha desaparecido de las áreas tratadas.*

*La eliminación de *Rhodnius prolixus* es posible y sabemos que hacer para lograr esa meta. Lo que tenemos que buscar ahora es como hacerlo, o sea establecer las bases políticas para la decisión que corresponde y disponer de un mínimo de infraestructura humana, técnica y organizativa para arrancar con el programa”¹*

En 1996, las Autoridades de Salud de Honduras: Ministro, Dr. Enrique Samayoa; Dra. Virginia Figueroa, Viceministra; Lic. Luis Alonzo López Benítez, Viceministro y Dr. Enrique Zelaya, Director General de Salud, conscientes del serio problema de salud pública que representa la enfermedad de Chagas y motivados por la posibilidad de llevar a cabo una acción de prevención y control en forma conjunta con los países de Centro América, asumieron la responsabilidad de promocionar con las Autoridades de Salud de los otros países de América Central una decisión política subregional, dirigida a eliminar la transmisión vectorial particularmente por el vector *Rhodnius prolixus*,

¹ Proceedings of the International Workshop on Population Genetics and Control of Triatominae, Santo Domingo de los Colorados, Ecuador, Sep. 24-28, 1995.

considerado como una especie introducida en la subregión y por lo tanto susceptible de ser eliminado.

La XIII Reunión del Sector Salud de Centroamérica (RESSCAD) realizada en la ciudad de Belice en 1997, aprobó la Resolución N° 13, que establece que el “Control de la enfermedad de Chagas es una actividad prioritaria para los países de América Central”. Acordándose la implementación de un Programa Multinacional para lograr la interrupción de la transmisión vectorial, la interrupción de la transmisión transfusional y la atención médica de la enfermedad de Chagas.

Este Programa se conoce como Iniciativa de los países de Centro América (IPCA) y fue lanzada en octubre de 1997 en la ciudad de Tegucigalpa, durante la “Reunión sobre Vectores de la Enfermedad de Chagas en los Países de Centroamérica”. Se creó una Comisión Técnica Intergubernamental (CTI), con la Organización Panamericana de la Salud OPS actuando como Secretaría Técnica. Esta Comisión que se reunirá anualmente y en forma rotatoria entre los países, tiene como finalidad:

- ▶ Dar seguimiento y evaluar las actividades programadas por los países
- ▶ Procurar el apoyo de la cooperación internacional y la participación de ONGs en el proceso
- ▶ Fomentar el intercambio de conocimientos y experiencias entre los países miembros para fortalecer las intervenciones de prevención y control

3.2 Lanzamiento de la IPCA

La “*Reunión sobre vectores de la enfermedad de Chagas en los países de Centro América*”, en donde se hizo el lanzamiento de la Iniciativa fue inaugurada por la Dra. Virginia Figueroa, Viceministra de Salud de Honduras acompañada por el Dr. José Antonio Pagés, Representante de OPS/OMS en Honduras, el Dr. Gabriel Schmunis, Coordinador del Programa de Enfermedades Transmisibles de OPS en Washington D.C., el Dr. Alvaro Moncayo, Secretario para Enfermedad de Chagas OMS/TDR en Ginebra y el Dr. Enrique Zelaya, Director General de Salud de Honduras. Los delegados oficiales de los países fueron: Walwyn Tillet, (Belice); Pedro Morera, (Costa Rica); Julio Garay, (El Salvador); Julio Argueta, (Guatemala); Henry Andrade, (Honduras); Francisca Marín, (Nicaragua) y Yadira Isaza de Moltó, (Panamá).

Asistieron los siguientes invitados especiales: Antonio Benítez, (OPS-OMS, Washington); Eduardo Zerba, (Argentina); Antonio Carlos Silveira (Brasil); Abraham Jemio, (Bolivia); Felipe Guhl, (Colombia); Nora Parra, (Colombia); Victor Manuel Angulo, (Colombia); Carlota Monroy, (Guatemala); Celia Córdón-Rosales, (Guatemala); Ana Flisser, (México); Octavio Sousa, (Panamá) y Jorge Fernández, (Honduras). La Secretaría estuvo a cargo de la Organización Panamericana de la Salud en las siguientes personas: Errol Vanzie, (Belice); Mario Valcárcel, (El Salvador); Luis Gerardo Castellanos, (Honduras) y David Bown, (Nicaragua). El Dr. Carlos Ponce, (Honduras) fue elegido Presidente de la reunión y el Dr. Julio Argueta, (Guatemala) fue elegido Relator.

En ésta reunión de lanzamiento participaron 40 personas y en ella se establecieron los objetivos de la Iniciativa:

- ▶ Eliminación de *Rhodnius prolixus*
- ▶ Disminución de la infestación intradomiciliaria por *Triatoma dimidiata*
- ▶ Eliminación de la transmisión transfusional
- ▶ Atención médica de la enfermedad de Chagas (incorporado en el año 2005)

Por invitación del delegado de Guatemala Dr. Julio Argueta, la Primera reunión anual de la Comisión Técnica Intergubernamental se programó para hacerla en la ciudad de Guatemala en octubre de 1998.²

El Lanzamiento de la Iniciativa de los Países de América Central IPCA en 1997 en Tegucigalpa, Honduras, constituyó un elemento de mucho valor para que la 51ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 1998 emitiera la Resolución WHO 51.4 que declara su compromiso de Eliminar la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas para finales el año 2010, Resolución que a su vez fue un fuerte respaldo para la IPCA y para otras iniciativas subregionales con el mismo propósito.



² Informe de la Reunión Sobre Vectores de la Enfermedad de Chagas en los Países de Centroamérica. Tegucigalpa, Honduras. 22-24 Octubre de 1997. Organización Mundial de la Salud, Programa para Investigación y Entrenamiento en Enfermedades Tropicales.

Lanzamiento de la IPCA. Tegucigalpa, Honduras. Octubre de 1997



De izquierda a derecha: Dr. Álvaro Moncayo - TDR/OMS, Dra. Virginia Figueroa - Viceministra de Riesgos Poblacionales del Ministerio de Salud de Honduras, Dr. Gabriel Schmunis - Coordinador del Programa de Enfermedades Transmisibles OPS/OMS y el Dr. Enrique Zelaya - Director de Salud del Ministerio de Salud de Honduras.



De izquierda a derecha: Dr. Carlos Ponce - Laboratorio de enfermedad de Chagas del Ministerio de Salud de Honduras, Dr. José Antonio Pagés - Representante de OPS/OMS en Honduras, Dr. Antonio Carlos Silveira - Consultor OPS/OMS Brasil, Dr. Enrique Zelaya - Director de Salud del Ministerio de Salud de Honduras y Dr. Gabriel Schmunis - Coordinador del Programa de Enfermedades Transmisibles OPS/OMS.



Participantes en la reunión de lanzamiento



Dr. José A. Pagés Representante OPS/OMS Honduras

Desde el lanzamiento de la IPCA en 1997, la Comisión Técnica Intergubernamental ha celebrado doce Reuniones Anuales.

4.1 Primera Reunión

Guatemala, Guatemala
22 al 24 de Octubre de 1998

La reunión fue inaugurada por el Dr. Mario Gudiel, Director General de Servicios de Salud. Los delegados de los países fueron: Jorge Polanco (Belice); Alexandra Lobo (Costa Rica); Hugo Francia (El Salvador); Julio Argueta (Guatemala); Henry Andrade (Honduras); Francisca Marín (Nicaragua); Yadira Moltó (Panamá). Por OPS/OMS participaron: Delmin Cury, Celsa Sampson, Antonio Benítez, Federico Hernández Pimentel, Gabriel Schmunis y Alvaro Moncayo. Participaron 28 personas y entre los invitados especiales estuvieron José Busquets, Unión Europea y Kazuyoshi Shimizu, Embajada de Japón. Esta primera reunión cumplió con los acuerdos de la reunión de lanzamiento de la IPCA, conformando la Comisión Intergubernamental y la Secretaría Técnica por parte de OPS.³

4.2 Segunda Reunión

Managua, Nicaragua
21 al 23 de Octubre de 1999

La segunda reunión fue inaugurada por la Dra. Indiana Herrera, Directora de Planificación del Ministerio de Salud. Los miembros de la Comisión Intergubernamental fueron: Lissette Navas (Costa Rica); Hugo Francia (El Salvador); Edgard Huerta (Guatemala); Henry Andrade (Honduras); Francisca Marín (Nicaragua) y Amalia Rodríguez French (Panamá). El delegado de Belice no pudo asistir. Se contó con la asesoría del Dr. Rafael Cedillos y el Dr. Carlos Ponce. La Secretaría Técnica de OPS de la IPCA estuvo a cargo del Dr. Delmin Cury con apoyo de Philippe Lamy, John Ehremberg, Patricia Ruiz y Gabriel Schmunis. Como invitados especiales participaron en la reunión las siguientes personas: Yoichi Yamagata, Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA); Carlos Montufar, Médicos del Mundo y Evelyn Uzcategui, Médicos Sin Fronteras/España. En esta reunión se conoció con mayor amplitud la situación epidemiológica de la enfermedad de Chagas en cada uno de los países así como sus capacidades y limitaciones para el logro de los objetivos de la IPCA. En la reunión participaron 35 personas.⁴

³ Informe de la Primera Reunión de la Comisión Intergubernamental de la IPCA. Guatemala, Guatemala. 22 al 24 de Octubre de 1998. OPS/HCP/HCT/145/99.

⁴ Informe de la Segunda Reunión de la Comisión Intergubernamental de la IPCA. Managua, Nicaragua 21 al 23 de Octubre de 1999. OPS/HCP/HCT/164/00.

4.3 Tercera Reunión

San Salvador, El Salvador 18 al 20 de Julio de 2000

Los miembros de la Comisión Intergubernamental en la tercera reunión fueron: Walwyn Tillet (Belice); Lissette Navas (Costa Rica); Hugo Francia (El Salvador); Julio Argueta (Guatemala); Henry Andrade (Honduras); Francisca Marín (Nicaragua); Amalia Rodríguez French (Panamá). Como asesor participó el Dr. Rafael Cedillos. La Secretaría Técnica de OPS fue ejercida por Delmin Cury con apoyo de Stephen Corber, Gabriel Schmunis, Jorge Arias, Salvador España, Fred Clark, Armando Bañuelos y Federico Hernández Pimentel. Asistieron como invitados especiales: Yoichi Yamagata y Jun Nakagawa, Agencia de Cooperación Internacional del Japón(JICA); Chris J. Schofield, Red ECLAT; Karina Romero, Médicos Sin Fronteras/Francia y Alberto de Dios Romero, Médicos Sin Fronteras/España. La Comisión Intergubernamental en esta tercera reunión otorgó un Reconocimiento Especial al Dr. Gabriel Schmunis por el enorme apoyo brindado a la IPCA. En la reunión participaron 50 personas.⁵

4.4 Cuarta Reunión

Panamá, Panamá 20 al 22 de Agosto de 2001

La cuarta reunión fue inaugurada por el Dr. René Bradshaw, Subdirector General de Salud y la Dra. Lilian Reneau-Vernon, Representante de OPS/OMS en Panamá. Los miembros de la Comisión Intergubernamental fueron: Walwyn Tillet (Belice); Nidia Calvo (Costa Rica); Hugo Francia (El Salvador); Julio Castro (Guatemala); Henry Andrade (Honduras); Francisca Marín (Nicaragua) y Amalia Rodríguez French (Panamá). La reunión contó con el acompañamiento del Dr. Roberto Salvatella, Asesor Regional de OPS para la enfermedad de Chagas y la asesoría del Dr. Roberto Briceño-León, Laboratorio de Ciencias Sociales LACSO de Venezuela. Como invitados especiales participaron: Octavio Sousa, Universidad de Panamá; Sylvie Pouit y Geoffrey Spurling, Médicos Sin Fronteras/Francia; Amalur Quintas, Médicos Sin Fronteras/España; Yoichi Yamagata, Jun Nakagawa y Ken Hashimoto, Agencia de Cooperación Internacional del Japón(JICA). La Secretaría Técnica a cargo del Dr. Delmin Cury tuvo el apoyo de los siguientes funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud: Roberto Salvatella, Pedro Luis Castellanos, Armando Bañuelos, Christine Whalen, Zaida Yadón y Federico Hernández Pimentel.

En esta reunión se presentaron los resultados de las encuestas serológicas en escolares llevadas a cabo en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua que fueron financiadas por el Programa Especial de Enfermedades Tropicales (TDR) de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana

⁵ Informe de la Tercera reunión de la Comisión Intergubernamental de la IPCA. San Salvador, El Salvador. Julio 18 al 20 de 2000. OPS/HCP/HCT (SN).

de la Salud. La Comisión Intergubernamental recomendó realizar en el año 2002, dos Talleres Técnicos Internacionales, organizados por OPS en colaboración con JICA y ECLAT, uno sobre *Triatoma dimidiata* en San Salvador, El Salvador y otro sobre *Rhodnius pallescens* en Panamá, Panamá. En la reunión participaron 45 personas.⁶

4.5 Quinta Reunión

San José, Costa Rica 19 al 21 de Septiembre de 2002

La reunión fue inaugurada por el representante de la Ministra de Salud, Dra. Rocío Sáenz. Los miembros de la Comisión Intergubernamental fueron: Walwyn Tillet (Belice); Nidia Calvo (Costa Rica); Hugo Francia (El Salvador); Jaime Juárez (Guatemala); Concepción Zúniga (Honduras); Francisca Marín (Nicaragua) y Lorenzo Cáceres (Panamá). Se contó con el acompañamiento del Dr. Roberto Salvatella, Asesor Regional de OPS para la enfermedad de Chagas y los siguientes invitados especiales: Chris Schofield, Red ECLAT; Rodrigo Zeledón, Universidad Nacional Heredia; Marcio Vinhaes, Fundación Nacional de Salud, Brasil; Janine Ramsey, Flavio Martínez y Jorge Ricárdez, Secretaría de Salud de México; Janet Alonzo y Rosa Auat, Médicos Sin Fronteras/España; Keiko Mizuno y Jun Nakagawa, Agencia de Cooperación Internacional del Japón(JICA).

La Secretaría Técnica a cargo del Dr. Delmin Cury estuvo apoyada por los funcionarios de OPS/OMS: Roberto Salvatella, Pedro Luis Castellanos y Melanie de Boer. En este año 2002. la IPCA inició el proceso de Evaluaciones Internacionales a los Programas Nacionales de los Países, habiéndose llevado a cabo una evaluación en Guatemala en el mes de febrero y otra en El Salvador en el mes de agosto. La Comisión Intergubernamental acordó realizar en el año 2003 en Guatemala, Guatemala, un Taller Técnico Internacional para el establecimiento de metas e indicadores para implementación de criterios de certificación de eliminación de *Rhodnius prolixus* en Centro América. En la reunión participaron 32 personas.⁷

4.6 Sexta Reunión

Tegucigalpa, Honduras 8 al 10 de Octubre de 2003

La reunión fue inaugurada por el Licenciado Elías Lizardo, Ministro de Salud y el Dr. Carlos Samayoa, Representante de OPS en Honduras acompañados por la Dra. Mirna Moreno de Lobo, Directora General de Salud y el Dr. Humberto Cosenza, Coordinador de Cooperación Externa de la Secretaría de Salud.

⁶ Informe de la Cuarta Reunión de la Comisión Intergubernamental de la IPCA. Panamá, Panamá. 20 al 22 de agosto de 2001. OPS/HCP/HCT/202/02.

⁷ Informe de la Quinta Reunión de la Comisión Intergubernamental de la IPCA. San José, Costa Rica. 19 al 21 de Septiembre de 2002. OPS/HCP/HCT/235/03.

Los miembros de la Comisión Intergubernamental fueron: Walwyn Tillet (Belice); Nidia Calvo (Costa Rica); Jaime Alemán (El Salvador); Luis Marroquín (Guatemala); Concepción Zúniga (Honduras); Francisca Marín (Nicaragua); Lorenzo Cáceres (Panamá). Asistieron como invitados especiales: Humberto Méndez, INCAP-Guatemala; Sergio Sanchez y Flavio Martínez, Secretaría de Salud de México; Jun Nakagawa, Keiko Mizuno, Kyoto Ota y Michio Kojima, Agencia de Cooperación Internacional del Japón; Eric Lapalme, Cruz Roja Canadiense; Ana Palacios, Camilo Kuan y Mirian Espinal, Médicos Sin Fronteras/España; Fidelia Zúñiga, COTEDIH; Donaldo Ochoa del Fondo Hondureño de Inversión Social; Gilles de Margerie y José Gómez de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional; Mabel Morales y Silvia Ochoa, Médicos Sin Fronteras/Bélgica. La reunión contó con la asesoría del Dr. Antonio Carlos Silveira de Brasil y también participó un representante de Bancos de Sangre de cada uno de los países miembros de la IPCA. La Secretaría Técnica a cargo del Dr. Delmin Cury estuvo apoyada por: Enrique Gil, Luis Améndola, Ken Hashimoto y Carlos Samayoa. La reunión evidenció el crecimiento y fortalecimiento de la IPCA y los logros obtenidos en el control de la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad de Chagas en América Central, el interés de las Agencias de Cooperación Internacional y ONGs en este proceso y la articulación interinstitucional en cada uno de los países. En ésta reunión en que Participaron 81 personas se discutieron los temas de cooperación entre países, y los resultados de las evaluaciones internacionales.⁸

4.7 Séptima Reunión

Tegucigalpa, Honduras 26 a 27 de Octubre de 2004

Esta reunión fue inaugurada por el Lic. Elías Lizardo, Ministro de Salud acompañado por el Lic. Leony Yu Way, Ministro del Fondo Hondureño de Inversión Social, el Dr. José Fiusa Lima, Representante de la Organización Panamericana de la Salud, el Lic. Takeshi Takano, Director de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón y el Lic. Warren Kidd, Subdirector de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional. El Dr. Roberto Salvatella, Asesor Regional de OPS para la enfermedad de Chagas acompañó la reunión y como asesores participaron el Dr. Antonio Carlos Silveira y el Dr. Felipe Guhl. La Comisión Intergubernamental estuvo integrada por: Jorge Polanco (Belice); Nidia Calvo (Costa Rica); Miguel Elas (El Salvador); Hugo Alvarez (Guatemala); Concepción Zúniga (Honduras); Emperatriz Lugo (Nicaragua) y Rocío Arjona (Panamá). Fueron invitados especiales las siguientes personas: Humberto Cosenza, Secretaría de Salud; Joao Carlos Pinto Días, FIOCRUZ, Brasil; Sergio Sosa-Estani, Ministerio de Salud Argentina; Daniel Bulla, Universidad de Uruguay; Pedro Albajar Viñas, FIOCRUZ, Brasil; Chris Schofield, Red ECLAT; Camilo Kuan, Diego Rinalde, Gemma Domínguez, Edgardo Simplis, Dolores Molero y Jorge Nyari, Médicos Sin Fronteras/España; Kyoto Ota, Makoto Kitanaka, Michio Kojima y Keiko Mizuno,

⁸ Informe de la Sexta Reunión de la Comisión Intergubernamental de la IPCA. Tegucigalpa, Honduras. 8 al 10 de Octubre de 2003. OPS/DPC/CD/282/04.

Agencia de Cooperación Internacional del Japón; Carlota Monroy, Universidad de San Carlos; Gilles de Margerie y José Gómez, Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional; Denis Padgett, Instituto Hondureño de Seguridad Social; Petra Alders, Médicos Sin Fronteras/Bélgica; Leslie Gamero, Héctor Díaz y Blanca Muñoz, Fondo Hondureño de Inversión social. La Secretaría Técnica a cargo del Dr. Delmin Cury estuvo apoyada por: José Fiusa Lima, Roberto Salvatella, Jun Nakagawa y Ken Hashimoto. En ésta reunión también participó un representante de Bancos de Sangre de cada uno de los países miembros de la IPCA. Asistieron a ésta reunión un total de 92 personas. La concurrencia de varios expertos internacionales y nacionales en esta reunión particularmente en el tema de tratamiento etiológico facilitó, el desarrollo con éxito de un curso presencial sobre “Diagnóstico Clínico, Manejo y Tratamiento de la Enfermedad de Chagas” que se llevó a cabo en los dos días siguientes a la reunión y el lanzamiento de la versión virtual de este curso. Esta capacitación fue preparada por la Organización Panamericana de la Salud y Médicos sin Fronteras con apoyo del proyecto Chagas Disease Intervention Activities CDIA-EC.⁹

4.8 Octava Reunión

Tegucigalpa, Honduras 7 al 9 de Diciembre de 2005

Programada inicialmente para llevarse a cabo en Guatemala, se realizó en Honduras ante la emergencia por las inundaciones que afrontó Guatemala. La reunión fue inaugurada por la Dra. Fanny Mejía, Viceministra de Salud, acompañada por el Dr. Luis Medina, Director General de Promoción de la Salud; Dr. José Fiusa Lima, Representante de la Organización Panamericana de la Salud; Lic. Tatsuo Suzuki, Director de la Agencia Internacional de Cooperación del Japón y el Ing. Manuel Hernández en representación del Director de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional. Los delegados oficiales que integraron la Comisión Intergubernamental fueron: Nidia Calvo (Costa Rica); Héctor Ramos (El Salvador); Hugo Alvarez (Guatemala); Concepción Zuniga (Honduras); Dorybell Tercero (Nicaragua) y Rocío Arjona (Panamá). El delegado de Belice no pudo asistir. La Secretaría Técnica estuvo a cargo del Dr. Delmin Cury, apoyado por José Fiusa Lima, Romeo Montoya, Jun Nakagawa y Ken Hashimoto. Participaron como invitados especiales las siguientes personas: Yuko Kanai, Kyoto Ota, Michio Kojima y Yuko Hata, Agencia de Cooperación Internacional del Japón; Sagrario Romero Estrella, Secretaría de Salud de México; Regina Escudero, Beatriz Beato Sirvent, y Jorge Nyari, Médicos Sin Fronteras/España; Anna Grillert, Visión Mundial; Martha Banegas, Fundación MB; Celia Cordón-Rosales, Universidad del Valle de Guatemala; Sonja Hehdegger, ASB, Patricia Rivera y José Gómez, Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional; Hector Díaz, Fondo Hondureño de Inversión Social.

⁹ Informe de la Séptima Reunión de la Comisión Intergubernamental de la IPCA. Tegucigalpa, Honduras. 26 al 27 de Octubre de 2004. OPS/DPC/CD/345/05.

La Comisión Intergubernamental expresó su reconocimiento y agradecimiento al Dr. Delmin Cury por su encomiable labor como Secretario Técnico de la IPCA deseándole éxitos en la nueva misión que la Organización Panamericana de la Salud le ha asignado en Ecuador. De igual manera la Secretaría de Salud de Honduras entregó al Dr. Delmin Cury una placa de reconocimiento por su invaluable labor en Honduras como Consultor de Enfermedades Transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud y como Secretario Técnico de la IPCA. Participaron en ésta reunión 60 personas.¹⁰

4.9 Novena Reunión

Guatemala, Guatemala 11 al 13 de Septiembre de 2006

Los delegados oficiales que integraron la Comisión Intergubernamental fueron: Francis Westby (Belice); Nidia Calvo (Costa Rica); Héctor Ramos (El Salvador); Hugo Alvarez (Guatemala); Concepción Zúniga (Honduras); Alberto Montoya (Nicaragua); Rocío Arjona (Panamá). La reunión fue inaugurada por el Ing. Marco Tulio Sosa Ramírez, Ministro de Salud, acompañado por el Dr. Joaquín Molina Representante de la Organización Panamericana de la Salud y el Lic. Yoshitaka Misawa, Director de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón en Guatemala. El Dr. Roberto Salvatella, Asesor Regional de OPS para la enfermedad de Chagas acompañó la reunión. Como invitados especiales asistieron las siguientes personas: John Ehremberg, OPS/WDC; Michael von Schoemberg y José Gómez, Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional; Antonio Carlos Silveira, Brasil; Hector Coto, Fundación Mundo Sano, Argentina; Roberto Bazzani, IDRC, Uruguay; Miguel Lutzov, Secretaría de Salud, México; Cristina Zackiewicz, DNDi, Brasil; Chris Schofield, ECLAT, UK; Pedro Albajar, FIOCRUZ, Brasil; Patricia Parra, Claudia Velásquez, Gemma Pomares, Monserrat García y Regina Escudero, Médicos Sin Fronteras/España; Jun Nakagawa, Tomomi Kozaki, Michio Kojima, Kyoto Ota, Yuko Hishida, y Toshiko Hatori, Agencia de Cooperación Internacional del Japón JICA y Lombardo Ardón, Visión Mundial. El nuevo Secretario Técnico de la IPCA, Dr. Enrique Gil, Consultor en Enfermedades Transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud en Guatemala, presentó un análisis y seguimiento de los Acuerdos y Recomendaciones de la Octava IPCA realizada en Tegucigalpa, Honduras en diciembre de 2005. La Secretaría Técnica fue apoyada por Luis Gerardo Castellanos, OPS/México; Marita Sánchez, OPS/Honduras y Jaime Juárez, OPS/Guatemala. En ésta reunión participaron 70 personas.¹¹

4.10 Décima Reunión

Managua, Nicaragua 28 al 30 de Agosto de 2007

¹⁰ Informe de la Octava Reunión de la Comisión Intergubernamental de la IPCA. Tegucigalpa, Honduras 7 al 9 de Diciembre de 2005. OPS/DPC/CD/366/06.

¹¹ Informe de la Novena Reunión de la Comisión Intergubernamental de la IPCA. Guatemala, Guatemala. 11 al 13 de Septiembre de 2006. OPS/HDM/CD/485/07

La reunión fue inaugurada por la Dra. Maritza Cuan, Ministra de Salud acompañada de la Dra. Socorro Gross, Representante de OPS/OMS y el Dr. Roberto Salvatella, Asesor Regional de OPS para la enfermedad de Chagas. Como invitados especiales participaron: Kyo Hanada, JICA/México; Michael von Schoemberg, ACDI/Honduras; Antonio Carlos Silveira, Brasil y Susana Otero OPS/WDC. La Comisión Intergubernamental estuvo integrada por: Nidia Calvo, (Costa Rica); Héctor Ramos, (El Salvador); Hugo Álvarez, (Guatemala); Concepción Zúniga, (Honduras); Francisco Acevedo, (Nicaragua) y Rocío Arjona, (Panamá). El delegado de Belice no pudo asistir. La Secretaría Técnica fue ejercida por el Dr. Enrique Gil y tuvo el apoyo de Sylvain Aldighieri, y Aída Soto, OPS/Nicaragua; Tamara Mancero, OPS/Honduras y Lucio Sermeño, OPS/El Salvador. En ésta reunión en que participaron 40 personas, la Comisión Intergubernamental hizo un reconocimiento al Dr. Carlos Ponce y a la Licda. Elisa Mayén de Ponce por su continuo apoyo a la IPCA.¹²

4.11 Décimo primera Reunión

San José, Costa Rica

18 al 20 de Noviembre de 2008

La Comisión Internacional estuvo integrada por José Marengo, (Belice); Teresita Solano, (Costa Rica), Mario Serpas, (El Salvador); Hugo Álvarez, (Guatemala); Concepción Zúniga, (Honduras); Emperatriz Lugo, (Nicaragua) y José Lasso, (Panamá). Los invitados especiales a ésta reunión fueron: Germán González, INCAP/Guatemala; Stefanie von Westarp, ACDI/Canadá; Pedro Albajar, OMS/Suiza; Carlota Monroy, USAC/Guatemala; Yuichiro Tabaru, JICA/Japón; Jun Nakagawa, Ken Hashimoto, Jiro Nakamura y Emi Sasagawa, JICA; Eduardo Romero y Héctor Ramos, El Salvador. La Secretaría Técnica fue ejercida por el Dr. Enrique Gil con el apoyo de Roberto del Aguila, OPS/Costa Rica, Hans Salas, OPS/El Salvador; Jaime Juárez, OPS/Guatemala y Aída Soto, OPS/Nicaragua. Participaron en ésta reunión, 38 personas y en la misma la Comisión Intergubernamental emitió el acuerdo N° 34 que señala:

*“Vista la información disponible en materia de entomo-epidemiología y sero-epidemiología, aportada a esta Comisión Intergubernamental durante la presente XI Reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial y Transfusional y la Atención Médica de la Enfermedad de Chagas (San José, Costa Rica, 18 a 20 de noviembre de 2008) y la elevada por la Comisión Internacional de Evaluación que efectuara la misión cumplida en Guatemala del 20 al 24 de octubre de 2008: se homologa y certifica el diagnóstico de interrupción de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus* en Guatemala a nivel nacional.”*¹³

¹² Informe de la Décima Reunión de la Comisión Intergubernamental. Managua, Nicaragua. 28 al 30 de agosto de 2007. OPS/HDM/CD/512/08.

¹³ Informe de la Décimo Primera Reunión de la Comisión Intergubernamental de la IPCA. San José, Costa Rica. 18 al 20 de Noviembre de 2008. OPS/HSD/CD/547/09

4.12 Décimo segunda reunión

San Salvador - El Salvador 14 al 21 de Junio de 2010

La reunión fue inaugurada por la Dra. María Isabel Rodríguez, Ministra de Salud de El Salvador, acompañada por el Dr. José Ruales, Representante de OPS/OMS en El Salvador y el Dr. Roberto Salvatella, Asesor Regional de OPS/OMS para enfermedad de Chagas. La Comisión Intergubernamental estuvo integrada por los delegados de los países: José Marengo, (Belice); José Agüero Costa Rica); Héctor Ramos (El Salvador); Zoraida Morales (Guatemala); Concepción Zúniga (Honduras); William Chacón (Nicaragua) y Lourdes García (Panamá). Los delegados de los países eligieron al Dr. Héctor Ramos, delegado por El Salvador, como Presidente y al Dr. William Chacón, delegado por Nicaragua como Relator. La Secretaría Técnica fue ejercida por la Dra. Tamara Mancero, OPS/Honduras, apoyada por Aída Soto, OPS/Nicaragua y Gustavo Ávila, OPS/El Salvador.

En esta reunión participaron como invitados especiales los siguientes investigadores: Julio Urbina, IVIC/Venezuela; Antonio Carlos Silveira, Brasil; José Fiusa Lima, Brasil; José Rodrigues Coura, FIOCRUZ, Brasil; Nora Girón/ Fondo Estratégico de OPS; Daniel Mechali, DNDi, Argentina; Luis Paiz Bekker, MSF; Yuichiro Tabaru, JICA/Japón; Blanca Muñoz Lara/FHIS/Honduras; Denise Rezende/ANVISA/Brasil; Dionne Patz, OPS/Washington y Carlota Monroy/USAC/Guatemala. La participación total en la reunión fue de 56 personas.

En esta XII reunión, la Comisión Intergubernamental emitió el acuerdo N° 1 que expresa:

*“La (CI) conociendo el informe de la Comisión Internacional Evaluadora que visitó El Salvador del 23 al 27 de noviembre de 2009 y de la situación descrita en la documentación de estudios de investigación, encuestas de campo realizadas por los servicios del Ministerio de Salud Pública y de organismos e investigadores independientes, en referencia a presencia, infestación o detección de Rhodnius prolixus, junto a las encuestas entomológicas más recientes dirigidas a establecer su existencia en El Salvador y los testimonios institucionales, de técnicos y de comunidad obtenidos, homologa la eliminación de esta especie de triatomino alóctono (introducido al país en tiempos históricos) del territorio nacional, en acuerdo a los criterios establecidos por IPCA”.*¹⁴

¹⁴ Informe de la Décimo Segunda Reunión de la Comisión Intergubernamental de la IPCA. San Salvador, El Salvador. 16 al 18 de Junio de 2010. ISBN: 978-9926-742-4-6

El siguiente cuadro muestra la epidemiología de la enfermedad de Chagas en la región de Centroamérica y su evolución en los 12 años de la IPCA.

Epidemiología de la enfermedad de Chagas en Centroamérica durante los 12 años de la IPCA

País	Línea de base	Descripción	Impacto	Descripción
Belice	Los seis Distritos con presencia de <i>Triatoma dimidiata</i> (2000)	Investigación entomológica	100.0% de Localidades con presencia intervenidas (2003)	Rociado de viviendas y vigilancia entomológica
Costa Rica	6.2% (2001)	Cobertura tamizaje serológico Bancos de Sangre	100.0% (2003)	Cobertura tamizaje serológico Bancos de Sangre
El Salvador	78 localidades en los 14 Departamentos (1975-1976)	Presencia de <i>Rhodnius prolixus</i>	0 Localidades en los 14 Departamentos (2009)	Presencia de <i>Rhodnius prolixus</i>
Guatemala	302 localidades en cinco departamentos (2000)	Infestación por <i>Rhodnius prolixus</i>	0 localidades en los cinco departamentos (2008)	Infestación por <i>Rhodnius prolixus</i>
Honduras	3.6% (2003-2007)	Sero-prevalencia en <15 años	0.46% (2008-2010)	Sero-prevalencia en <15 años
Nicaragua	38 localidades en ocho departamentos (2000)	Infestación por <i>Rhodnius prolixus</i>	0 Localidades en los 8 Departamentos (2009)	Infestación por <i>Rhodnius prolixus</i>
Panamá	29.0% (2000)	Cobertura tamizaje serológico Bancos de Sangre	100.0% (2009)	Cobertura tamizaje serológico Bancos de Sangre

Fuente: Relatorías de las XII reuniones de la IPCA

Reuniones Anuales de la Comisión Intergubernamental



VI Reunión. Tegucigalpa, Honduras 2003



VII Reunión. Tegucigalpa, Honduras 2004



VIII Reunión. Tegucigalpa, Honduras. 2005



IX Reunión. Guatemala, Guatemala. 2006



XI Reunión. San José, Costa Rica. 2008
Miembros de la CTI



XI Reunión. San José, Costa Rica. 2008



Reunión de las Iniciativas Regionales. Belem, Pará, Brasil. 2009



XII Reunión San Salvador, El Salvador. 2010

5 PROGRAMAS NACIONALES

5.1 Belice

En el año 2001 el país se dividió en cuatro regiones dirigidas cada una por un Gerente Regional. Cada región tiene un Inspector de Salud bajo el cual trabajan los supervisores de distrito del Programa de Control de Vectores (evaluadores, asistentes ambientales y personal voluntario a nivel comunitario) bajo la estrategia de Manejo Integrado de Vectores para maximizar los recursos humanos. En Belice en 2009, se creó oficialmente la Unidad de Salud Ambiental y la posición de Director del Programa de Salud Ambiental bajo el cual funciona el Jefe de Operaciones del Programa de Control de Vectores y el Jefe de Inspectores de Salud. El Programa de Chagas se inició con el soporte financiero del gobierno de Taiwán. El director del programa trabajaba bajo la supervisión inmediata del Director de Servicios Médicos con un plan de acción que contempla áreas de investigación, entrenamiento a personal de salud, información al público y un fuerte componente de laboratorio que facilitó realizar un estudio serológico y entomológico en todo el país concluido en 2001 con la asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud.

La enfermedad de Chagas ha recibido muy poco apoyo de instituciones y organizaciones a nivel nacional pues se ha considerado una enfermedad no prioritaria. Lo más relevante ha sido la colaboración de las comunidades reportando al personal de Control de Vectores la presencia de triatomíneos. Bajo la IPCA, el país se ha beneficiado con el intercambio de experiencias exitosas desarrolladas en los países miembros de esta Iniciativa y se han alcanzado logros importantes:

- ▶ Tamizaje del 100% de muestras de sangre para transfusión
- ▶ Entrenamiento a personal médico en el manejo de las formas clínicas
- ▶ Estudio de prevalencia serológica y entomológica (2001)
- ▶ Mapeo de áreas de riesgo

La IPCA ha jugado un papel preponderante en la región Centroamericana claramente canalizando asistencia de organizaciones internacionales, a los países que han presentado mayores índices de afectación y proveyendo cooperación técnica y financiera para ejecutar acciones claves de prevención y control para beneficiar en última instancia a aquellos que más lo necesitan. Es necesario que los países que conforman la IPCA sigan trabajando para que todos alcancen el nivel requerido en el control de la transmisión vectorial y de atención de la población infectada y mantengan los logros alcanzados.

Dr. José Antonio Marengo
Director del Programa de Salud Ambiental
Ministerio de Salud de Belice
E-mail: jmarengo@health.gov.bz

5.2 Costa Rica

Al Ministerio de Salud de Costa Rica (MINSa), por su carácter rector, le corresponde velar por el cumplimiento de la aplicación de Normas y Protocolos, de acuerdo con lo estipulado en la Ley General de Salud, Decreto No. 5395, de octubre de 1963, y el Decreto 30945-S del año 2005 “Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud”. El MINSa cuenta con un equipo de trabajo para el manejo integral de vectores en el nivel central y fortalece su gestión en el nivel regional y local. La Enfermedad de Chagas es de reporte obligatorio según decreto MINSa (Ministerio de Salud de Costa Rica), desde febrero 2003.

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) en sus niveles de atención, EBaIS, Clínicas y Hospitales (Regionales y Nacionales) realiza el abordaje clínico, da tratamiento y seguimiento a los pacientes. Tamiza el 100% de la donación sanguínea en los Bancos de sangre partir del 2005. El INCIENSA- CNRP (Centro Nacional de Referencia Parasitológica) tiene a disposición del país las pruebas parasitarias y serológicas para el diagnóstico y la confirmación de los casos detectados en los bancos de sangre, así como, los análisis serológicos en muestras pareadas (pre y post tratamiento) para determinar la efectividad del tratamiento etiológico. Recibe las muestras de los establecimientos de salud para el diagnóstico a solicitud del sistema. Dispone de análisis parasitológicos para casos agudos y congénitos (Strout, PCR, Hemocultivo) y análisis serológicos (ELISA lisado, y recombinante, IFI con antígeno local y HAI).

Desde el año 2008, se forma la Comisión Nacional de la Enfermedad de Chagas, donde participan el MINSa, Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el INCIENSA. Se está elaborando la norma para el manejo integrado de la Enfermedad de Chagas, que incluye los temas de vigilancia epidemiológica, entomológica, laboratorio, determinantes y riesgo, además, manejo clínico, control del vector, promoción de la salud y participación comunitaria. La CCSS esta desarrollando guías institucionales del manejo clínico de la enfermedad. Todos los casos agudos diagnosticados, son tratados por personal médico de la CCSS y se hace seguimiento serológico. Se da tratamiento a toda persona infectada menor de 15 años y toda mujer en edad reproductiva, así como, aquellos adultos crónicos que justifique el médico tratante. Se recibió donación de medicamentos por parte de OPS. Se estima la compra para el siguiente año, según la cantidad de casos detectados y tratados por año.

Dr. José Aaron Agüero

**Dirección Garantía de Acceso a los Servicios de Salud, Ministerio de Salud.
Costa Rica**

E-mail: aguerozumbado@gmail.com

5.3 El Salvador

La lucha contra la enfermedad de Chagas se ha intensificado en los últimos 10 años y ha sido llevada a cabo por un equipo interdisciplinario, el cual ha involucrado gradualmente a otros actores de todos los niveles como son Ministerio de Educación y Alcaldías.

En un inicio se hicieron esfuerzos solamente de parte del Ministerio de Salud, pero pronto se agregó la ayuda técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Hace 5 años se dio inicio al proyecto de ayuda de parte de la Agencia Internacional de Cooperación del Japón (JICA), iniciando en la región occidental del país en una primera fase, que ahora en su segunda fase se extendió a 4 departamentos más. Con el apoyo de estas instituciones fue posible actuar en diferentes niveles que fueron desde la creación de la primera norma técnica de prevención y control de la Enfermedad de Chagas y capacitaciones al personal de todo nivel hasta el suplemento de insumos para las acciones de control antivectorial con insecticidas, bombas para la aplicación del mismo y la contratación de personal para realizar dichas actividades.

La Iniciativa de Los Países de América Central para la Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas (IPCA) surgió como un esfuerzo para armonizar las medidas que los países de la región realizaban y al mismo tiempo hacer un intercambio de experiencias y conocimientos sobre el tema. Igualmente con la IPCA fue posible una mejor solicitud y canalización de ayuda, como es el caso del donativo de Nifurtimox para la región desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008. Otro logro importante como país es la eliminación del vector *Rhodnius prolixus*, del cual se dará certificación a nuestro país este año. Se tienen más perspectivas y ya se está trabajando en la investigación de una línea basal en embarazadas y Chagas congénito y en la determinación del umbral del nivel de infestación límite con *Triatoma dimidiata*.

Dr. Héctor Ramos
Ministerio de Salud, El Salvador
E-mail: el.cadejo@gmail.com

5.4 Guatemala

El Control y prevención de la enfermedad de Chagas depende del Programa Nacional de Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que tiene como objetivo fundamental realizar acciones técnico-normativas, que permitan el control de *Triatoma dimidiata* y el sostenimiento de la eliminación de *Rhodnius prolixus* fortaleciendo la vigilancia entomológica con participación comunitaria y el adecuado diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas, a fin de lograr la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad. A partir de la IPCA el país ha tenido logros muy importantes entre los que destacan:

- ▶ Participación en proyectos de cooperación técnica entre El Salvador, Guatemala y Honduras.
- ▶ Fortalecer la vigilancia epidemiológica a través de encuestas serológicas a niños menores de 15 años.
- ▶ Fomentar la coordinación intersectorial y ampliación de la cooperación internacional.
- ▶ Definición de estrategias operativas de acuerdo a la situación del país.
- ▶ Certificación de la interrupción de la transmisión del *Trypanosoma cruzi* por el vector *Rhodnius prolixus* en el año 2008.
- ▶ Establecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica y entomológica con participación comunitaria.
- ▶ Acompañamiento a JICA en las actividades de evaluación de la cooperación técnica sub regional con el propósito de dar continuidad a las actividades de las metas planteadas para el 2010.

Sobre el control de la Transmisión Transfusional del *T. cruzi*, el Programa cuenta dentro el Ministerio de Salud y Asistencia Social con el apoyo del Centro Nacional de Epidemiología, Laboratorio Nacional de Salud, Programa de Educación en Salud y Programa Nacional de Medicina Transfusional y de Bancos de Sangre. Cuenta también con el apoyo de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Universidad del Valle de Guatemala, la Agencia Internacional de Cooperación del Japón (JICA), Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Panamericana de la Salud (OPS) y Médicos sin Fronteras de España

Dr. Mario Rodolfo Gatica Palacios

Coordinador del Programa de Control y Prevención de la Enfermedad de Chagas.

MSPAS. Guatemala

chagatica@gmail.com

5.5 Honduras

El Programa Nacional de Chagas de Honduras, fue creado en 1993, como parte de la iniciativa de la secretaría de Salud, en base a demandas de dar una respuesta al problema de la enfermedad, principalmente en el área rural postergada y en sitios de presencia de *R. prolixus*.

El Programa forma parte de los 21 programas que componen la Dirección General de Promoción de la Salud, quien a su vez depende de la Subsecretaría de Riesgos Poblacionales. Actualmente no hay oficialmente una coordinación de vectores que aglutine a los programas de las Enfermedades Transmitidas por Vectores. El Programa Nacional en estos momentos, recibe el apoyo político, financiero y técnico necesario para poder desarrollar sus actividades. Tiene apoyo de otras instituciones del estado, como el Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS), quién ha destinado fondos préstamo, para construir viviendas en áreas de riesgo y de pobreza extrema, que han mejorado la calidad de vida de los habitantes de las localidades que han tenido

presencia de *R. prolixus*. También diferentes ONGs como Fundación MB, CARE Internacional, COTEDIH, Cruz Roja y Visión Mundial participan en las actividades del Programa.

Desde la creación de la IPCA en 1997, Honduras ha tenido un rol protagónico, desde el punto de vista técnico y político. El lanzamiento de la misma se realizó en nuestro país. Hemos desarrollado 4 de las 12 reuniones, 3 de ellas de forma consecutiva.

Desde el año 2004, que se creó el PENCHAGAS 2004 – 2007 y contando con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se recibió el apoyo económico de la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA), en el año 2003 y en el 2004 de la Agencia de Cooperación Internacional de Canadá (ACDI).

Posteriormente otras instituciones de forma directa e indirecta como ser la Embajada de Taiwán, Agencia Sueca de Cooperación Internacional (ASDI), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), Visión Mundial, CARE y Embajada de Japón, han brindado su apoyo al Programa Nacional. Algunos de los logros obtenidos en este exitoso trabajo coordinado por el Programa Nacional son:

- ▶ Modelo de armonización de la cooperación en Honduras.
- ▶ Innovación de estrategias de control, que han logrado acortar el tiempo y reducido los costos de las acciones.
- ▶ Desarrollo de un modelo de vigilancia con participación comunitaria, que permitirá estar cerca de las acciones.

El país está próximo a obtener la certificación de la interrupción de la transmisión del agente causante de la enfermedad por el vector *R. prolixus*.

Se ha iniciado en el Programa Nacional, un proceso de desconcentración y descentralización de las actividades a través del desarrollo de la capacidad local.

La IPCA, juega un rol muy importante, en los países de América Central, tomando en cuenta, que hay países que tienen una estructura de programa de control de la enfermedad de Chagas y otros anexados a las actividades de vigilancia de varias enfermedades. Hay una rendición de cuentas con seguimiento y cumplimientos de compromisos y acuerdos de la Comisión Intergubernamental a través de la Secretaría Técnica ejercida por la OPS y adscrita actualmente en Honduras. Ha facilitado el intercambio de conocimientos técnicos con países que pertenecen a otras iniciativas o a expertos que apoyan en la planificación o ejecución de los planes de trabajo. Es una mesa de trabajo que facilita la gestión política, a nivel de las organizaciones que rigen la política centroamericana.

Dr. Concepción Zúniga Valeriano
Jefe Programa Nacional Enfermedad de Chagas
Secretaría de Salud de Honduras
E-mail: concepcionzuniga@gmail.com



Mesa Técnica Enfermedad de Chagas Honduras

5.6 Nicaragua

El Programa de Enfermedad de Chagas realiza sus acciones de promoción, prevención, control, atención y vigilancia epidemiológica en coordinación con otras unidades programáticas como la unidad de Comunicación Social y Promoción de la Salud, así como las direcciones de Servicios de Salud, Parasitología y Entomología, con lo establecido en la Constitución Política de la República de Nicaragua y la Ley General de Salud en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) el cual es un Modelo de salud que está en función de las necesidades de la población.

Por lo tanto los programas de salud en este modelo se transforman para atender de forma integral a nivel individual, familiar y comunitario fortaleciendo la promoción, la prevención y el control de las enfermedades vectoriales. La enfermedad de Chagas se ubica en los Servicios Públicos en Salud bajo la rectoría de la Dirección General de Vigilancia de la Salud, de la cual depende la Dirección de Prevención de Enfermedades, correspondiéndole a esta el monitoreo y seguimiento a la Norma Nacional y al cumplimiento de las metas de la IPCA.

Las actividades trascendentes que han reorientado técnicamente las acciones de prevención y control de la enfermedad de Chagas en el marco de la IPCA son:

- ▶ Con el apoyo de la cooperación internacional, Nicaragua en el período 1998-2000 estableció la línea basal para caracterizar los vectores involucrados en la transmisión de la enfermedad en 14 SILAIS del país.

- ▶ Durante el período 2000-2002 y finales del año 2004, el programa de Chagas en conjunto con los SILAIS ejecutaron Planes de Control Vectorial con fases de ataque en dos ciclos completos de rociados intra domiciliar.
- ▶ Durante el período 2002-2005 con apoyo de Médicos Sin Fronteras de Bélgica se ejecutó un proyecto en los SILAIS Matagalpa y Madriz. Este proyecto contribuyó a reducir la prevalencia de la infección por *T. cruzi* en los niños menores de 15 años, mejorando el acceso y la calidad del diagnóstico y tratamiento etiológico, reduciendo la infestación domiciliar de *T. dimidiata* y verificando la no presencia del *R. prolixus* en las zonas de intervención del proyecto.
- ▶ Con apoyo del Instituto Nicaragüense de la Vivienda Urbana y Rural a través del Fondo Social de Vivienda se mejoraron las condiciones de de techo, piso y pared a 592 viviendas rurales, para reducir el riesgo de transmisión vectorial.
- ▶ En el año 2005 se elabora, edita y disemina el Manual de Procedimientos para el
- ▶ Control de la Enfermedad de Chagas.
En aras de continuar avanzando en las metas de la IPCA se promovió y logró la aprobación del Proyecto: “*Fortalecimiento de las actividades de vigilancia y control de la enfermedad de Chagas*” en 5 SILAIS del país en alianza estratégica con la OPS/OMS Nicaragua a partir del 2009.

El Programa nacional cuenta con el apoyo del Instituto Nicaragüense de la Vivienda Urbana y Rural (INVUR), Ministerio de Educación (MINED), Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Gobierno de Taiwán y la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) y entre los principales logros están:

- ▶ Cumplimiento de sucesivas campañas de control vectorial.
- ▶ Cobertura para el tamizaje al 100% de los Bancos de Sangre.
- ▶ Demostración de no presencia de *R. prolixus* mediante encuestas entomológicas y encuestas serológicas sin resultados seropositivos en niños y niñas de localidades con antecedentes de este vector.
- ▶ Integración de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) al trabajo, cuyo respaldo ayuda a concretar los resultados, que ubican al país en posición de obtener certificación de la interrupción de la transmisión del parásito *T. cruzi* por *R. prolixus*, y la eliminación de este vector a corto plazo y el control de *T. dimidiata* del intradomicilio

Nicaragua en el contexto de la IPCA logró posicionar la voluntad política y técnica para modificar con apoyo de la participación comunitaria las situaciones de alta endemia para la enfermedad de Chagas por *R. prolixus* en 5 departamentos del país y caracterizar las condiciones epidemiológicas y eco-biológicas del *T. dimidiata* diseminado en todo el territorio nacional.

Dr. William Chacón Escobar
Jefe Programa Nacional de Enfermedad de Chagas Nicaragua
E-mail: drwchacon@hotmail.com

Colaboraron: Dr. Francisco Acevedo, Dra. Luisa Campos y Dra. Aída Soto Bravo.

5.7 Panamá

El abordaje integral de la Enfermedad de Chagas, en Panamá, no se realiza desde un Programa. Las intervenciones, al momento de la identificación, notificación, registro, atención y seguimiento de casos, se coordinan a través de diferentes entidades tales como: los Departamentos de Vigilancia Epidemiológica, Control Vectorial, Atención a la Población, la Dirección General de Salud Pública, la Dirección Nacional de Promoción, el Laboratorio Central de Referencia para Salud Pública, Bancos de Sangre y el Instituto Conmemorativo Gorgas (ICGES). Las acciones operativas se realizan desde los niveles ejecutores de las diferentes regiones de Salud en todo el ámbito nacional.

A partir de la creación de la iniciativa (IPCA), se desarrollaron esfuerzos por crear un programa integrado a través de una comisión interinstitucional que abarcó todas las áreas de abordaje de la misma.

Algunos logros obtenidos son:

- ▶ Se cuenta con tratamiento etiológico para casos agudos desde 2001
- ▶ Encuestas de seroprevalencia en niños de edad escolar con apoyo de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón JICA
- ▶ Cobertura del 100% en el tamizaje serológico en bancos de sangre a partir de 2005 Revisión y actualización de protocolos de atención.
- ▶ Proyectos de investigación sobre los vectores, diagnóstico serológico y tratamiento etiológico con apoyo de la Universidad de Panamá; la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación; Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología; ICGES; JICA y la Organización Panamericana de la Salud OPS.

La IPCA como iniciativa regional propició que en el país surgiera el interés por conocer la realidad de la Enfermedad de Chagas y su abordaje en forma integrada aún cuando el país no cuenta con un Programa Nacional.

Dra. Lourdes García,
Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Panamá
E-mail: logarcia@minsa.gob.pa

Colaboraron: Dra. Elsa Arenas, Dra Lourdes Moreno, Dra. Lisbeth Cerezo, Dra. Yadira de Moltó, Dra. Rocío Arjona y Dr. Oscar González.

6 TALLERES TECNICOS Y CURSOS

Durante estos 12 años de la IPCA se han llevado a cabo importantes Talleres y Cursos sobre temas específicos de la enfermedad de Chagas y que han sido determinantes en el desarrollo exitoso de las intervenciones prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas en América Central.

Taller para el Establecimiento de Pautas Técnicas en el Control de *Triatoma dimidiata* **San Salvador, El Salvador** **11 al 13 de marzo de 2002**

El taller se realizó con el propósito de analizar el riesgo que el vector *Triatoma dimidiata* representa en la transmisión de la enfermedad de Chagas en los países centroamericanos, establecer pautas técnicas de control en base a las diferentes situaciones en que se presenta este vector y definir estrategias operativas eficientes eficaces oportunas y sustentables. Participaron los delegados oficiales de los países de la IPCA, expertos internacionales y de los países de América Central, funcionarios de los Ministerios de Salud, particularmente los involucrados en el control de vectores y funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud. En total participaron 55 personas.

OPS/HCP/HCT/214/02

Taller Técnico de Estudio Sobre *Rhodnius pallescens* su Vigilancia y Control **Panamá, Panamá** **16 la 17 de septiembre de 2002**

El Propósito de este taller, fue el de revisar por un panel de expertos, la biología y capacidad vectorial de *Rhodnius pallescens* como vector de *Trypanosoma cruzi*, Implementar una guía básica de vigilancia y control y elaborar un perfil técnico de actividades de control en las áreas con presencia de este vector. Participaron 38 personas entre expertos internacionales y nacionales, invitados especiales y funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud.

OPS/HCP/HCT/234/03

Reunión Internacional para el Establecimiento de Criterios de Certificación de la Eliminación de *Rhodnius prolixus* **Guatemala, Guatemala** **5 al 7 de marzo de 2003**

Siendo *Rhodnius prolixus* el principal vector de la enfermedad de Chagas en América Central, responsable de la mayoría de casos adquiridos por esta vía, el propósito de esta reunión técnica fue el de definir criterios de certificación de la eliminación, generales para la subregión y particulares para cada país, definir indicadores e hitos para monitoreo y evaluación del impacto de las acciones de control y posterior

eliminación del vector en cada país y definir los resultados esperados en los componentes de control, vigilancia epidemiológica y evaluación serológica. En la reunión participaron 60 personas entre delegados de los países, expertos internacionales, investigadores nacionales, invitados especiales, funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud OPS, Agencia de Cooperación Internacional del Japón y Red de Investigación de Triatominos ECLAT.

OPS/DPC/CD/245/03

**Reunión sobre Normas para Control y Vigilancia y de los Vectores de la Enfermedad de Chagas
San Salvador, El Salvador
25 al 27 Junio de 2003**

Los objetivos entomológicos de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) son dos: la eliminación de *Rhodnius prolixus* y el control de *Triatoma dimidiata*, por lo que es necesario detallar las normas que regirán las actividades operativas, las cuales en su orden son: 1) determinación del área de trabajo, 2) encuesta basal entomológica, 3) estratificación de las localidades, 4) control de los vectores, 5) vigilancia entomológica activa post-rociamiento y 6) vigilancia entomológica comunitaria.

**Curso Virtual y Presencial Sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Chagas
Tegucigalpa, Honduras
28 al 29 de octubre de 2004**

La Organización Panamericana de la Salud y Médicos Sin Fronteras desarrollaron el curso virtual sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Chagas. El 28 de Octubre de 2004 en acto especial con autoridades de la Secretaría de Salud de Honduras, Organización Panamericana de la Salud, Médicos Sin Fronteras MSF, Proyecto Chagas Disease Intervention Activities CDIA-EC, JICA, ACDI y profesores y participantes al curso presencial, se llevó a cabo el lanzamiento del curso con una demostración en Internet.

El curso presencial fue impartido por: Dr. Joao Carlos Pinto Dias (Brasil); Dr. Daniel Bulla (Uruguay); Denis Padgett (Honduras); Sergio Sosa-Estani (Argentina); Dr. Felipe Guhl (Colombia); Pedro albar Viñas (Brasil); Carlos Ponce (Honduras); Dr. Camilo Kuan (MSF) y Roberto Salvatella (Uruguay). Quienes tuvieron presentaciones y períodos de discusión en temas específicos. El curso presencial lo recibieron 26 médicos.*

Otros cursos, talleres y capacitaciones puntuales, con temas específicos particularmente en diagnóstico serológico y aspectos entomológicos, se han realizado en el marco de los proyectos de Cooperación entre Países (TCC) entre El Salvador, Guatemala y Honduras, así como en el marco de los proyectos de Cooperación de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón, JICA; Médicos Sin Fronteras; Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, ACDI y diversas ONGs que apoyan la IPCA.

**Informe Séptima Reunión de la IPCA, Tegucigalpa, Honduras. OPS/DPC/CD/345/05*

7 PROYECTOS DE COOPERACION ENTRE PAISES (TCC)

EL SALVADOR / GUATEMALA / HONDURAS

El propósito de estos dos proyectos fue el reforzamiento de la vigilancia epidemiológica para la prevención y control de la enfermedad de Chagas en las áreas endémicas de los departamentos de los tres países. La responsabilidad de los dos proyectos estuvo en los Ministerios de Salud de El Salvador, Guatemala y Honduras, participando también la OPS y la Agencia Internacional de Cooperación del Japón. Los principales logros obtenidos con estos Proyectos de Cooperación entre Países fueron:

- ▶ Plan de control vectorial y vigilancia consensuado
- ▶ Sistema de vigilancia epidemiológica en los tres países
- ▶ Diagnóstico y tratamiento etiológico de casos
- ▶ Criterios uniformes y métodos de diagnóstico serológico, principalmente con prueba de ELISA en papel filtro
- ▶ Fortalecimiento de personal de los servicios de salud
- ▶ Consultorías de expertos invitados compartidas por equipos de los tres países
- ▶ Intercambio de experiencias
- ▶ Mayor interacción entre los tres países
- ▶ Documentos elaborados consensuados

Algunas de las actividades dentro de los TCC realizadas fueron:

Taller sobre Diagnóstico Serológico de la Enfermedad de Chagas Guatemala y Chiquimula, Guatemala 18 al 22 de julio de 2005

El Taller tuvo como propósito tener un intercambio de experiencias para adoptar criterios uniformes en diferentes aspectos del diagnóstico serológico y establecer la importancia de este diagnóstico aplicado a diferentes situaciones:

- ▶ Apoyo al diagnóstico clínico,
- ▶ Control de la transmisión transfusional de *T. cruzi*
- ▶ Apoyo a investigaciones.

También se revisó este diagnóstico con prueba de ELISA en muestras de sangre en papel filtro para realizar encuestas seroepidemiológicas que requiere el Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas de Guatemala. Participaron 15 profesionales, 11 de Guatemala, 2 de El Salvador y 2 de Honduras.

**Taller fronterizo para mejorar la vigilancia de Chagas
Esquipulas - Guatemala
8 y 9 de Agosto de 2007**

Esta reunión se enfocó en definir las necesidades de información para tomar decisiones en cada nivel jerárquico dentro de los Ministerios de Salud de cada país. Otro aspecto importante fue la definición de mecanismos de intercambio de información entre países y la estandarización de protocolos de tratamientos a los niños.

**Taller sobre Vigilancia Epidemiológica
Salinitas, Acajutla, Sonsonate, El Salvador
17 al 20 de Octubre de 2007**

El objetivo del taller fue el de obtener un consenso sobre las necesidades de información que necesitamos en los municipios fronterizos para alcanzar las metas regionales contempladas en los planes operativos de cada país y realizar una vigilancia de la enfermedad de Chagas entre Guatemala, El Salvador y Honduras. En este Taller se conoció de la importancia del Reglamento Sanitario Internacional para la vigilancia en las áreas fronterizas y como el sistema de vigilancia de la enfermedad de Chagas en estas áreas puede en el marco de este Reglamento, ayudar a la vigilancia de otros problemas de salud.

**Taller sobre Diagnóstico Serológico de la
Enfermedad de Chagas
Tegucigalpa Honduras
20 al 22 de Noviembre de 2007**

Este taller sobre el tema de Diagnóstico Serológico en el que participaron 3 profesionales de El Salvador, 4 de Guatemala y 5 de Honduras, tuvo como objetivos:

- ▶ Continuar con el intercambio de experiencias en diferentes aspectos del diagnóstico serológico de la enfermedad de Chagas que se realiza en El Salvador, Guatemala y Honduras
- ▶ Revisar el procedimiento de diagnóstico con prueba de ELISA en muestras de sangre tomadas en papel filtro.
- ▶ Revisar el potencial que como herramientas para estudios epidemiológicos tienen las pruebas rápidas.
- ▶ Utilizar el procedimiento de mantenimiento de sueros de referencia diluidos en glicerina 1:1 y mantenidos a -20 °C, para contar con paneles estables para valoración de kits comerciales.
- ▶ Entregar por parte del Laboratorio de Referencia de Honduras un panel de sueros de referencia para los laboratorios Nacionales de El Salvador y Guatemala.



Curso sobre Diagnóstico y Tratamiento Etiológico OPS/OMS/MSF
Tegucigalpa, Honduras. 2004



Taller sobre Diagnóstico Serológico TCC. Guatemala, Guatemala. 2005



Taller Entomología TCC. San Salvador, El Salvador. 2006



Taller sobre Diagnóstico Serológico TCC. Tegucigalpa, Honduras. 2007

En el año 2002, la IPCA inició el proceso de Evaluaciones Internacionales dirigidas a los Programas Nacionales de Prevención y Control de la enfermedad de Chagas de los países que conforman la Iniciativa. Las evaluaciones son llevadas a cabo por una Comisión de expertos internacionales, con una contraparte de profesionales nacionales designada por las autoridades del país a evaluar, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud como Secretaría Técnica de la Comisión y el acompañamiento de agencias de Cooperación. El objetivo inicial fue analizar con las autoridades nacionales las recomendaciones de expertos en el tema de Chagas para fortalecer los programas y las estrategias de control y prevención. Sin embargo, con los logros alcanzados, las misiones internacionales tienen como objetivo verificar la evidencia del cumplimiento de metas y recomendar a la IPCA la certificación de estos logros.

Primera Evaluación Internacional del Programa de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas de Guatemala 19 al 23 de febrero de 2002

La Comisión Evaluadora Internacional estuvo integrada por el Dr. Marcio Vinhaes, Gerente del Programa de Enfermedad de Chagas de Brasil; Dr. Carlos Ponce, Jefe Laboratorio de Referencia para Enfermedad de Chagas, Secretaría de Salud de Honduras; Dr. Rodrigo Zeledón, Universidad Nacional, Heredia Costa Rica y Dr. Yuichiro Tabaru, JICA, Japón. La Secretaría Técnica fue ejercida por el Dr. Renato Gusmao, Coordinador del Programa de Enfermedades Transmisibles de OPS/Washington; Dr. Roberto Salvatella, Asesor Regional para Enfermedad de Chagas OPS/Uruguay; Dr. Delmin Cury, Consultor en Enfermedades Transmisibles, OPS/Honduras y Secretario Técnico de la IPCA, y el Dr. Pedro Luís Castellanos, Consultor en Enfermedades Transmisibles, OPS/Guatemala.

La contraparte nacional estuvo integrada por el Dr. Julio Castro, Coordinador Nacional de Vectores; Dr. Luís Marroquín, Responsable Programa Enfermedad de Chagas y Lic. Jaime Juárez, Responsable de la Sección de Entomología, todos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Como contraparte de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón, JICA participaron los expertos técnicos: Lic. Jun Nakagawa, y Lic. Kazihito Fuse. La Comisión tuvo reuniones de trabajo con Autoridades y los funcionarios del MSPAS de las dependencias con responsabilidades en el tema de la enfermedad de Chagas, visitó la Universidad de San Carlos y la Universidad del Valle, instituciones, académicas que realizan investigaciones en el tema y visitó áreas endémicas de los departamentos de Zacapa, Chiquimula y Jutiapa, en trabajo con los equipos locales de salud. El informe de esta evaluación con las observaciones, conclusiones y recomendaciones fue presentado a las autoridades de Salud el último día de trabajo.

**Primera Evaluación Internacional del Programa de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas de El Salvador
19 al 23 de agosto del 2002**

La Comisión Evaluadora Internacional estuvo integrada por el Dr. Octavio Sousa, Universidad Nacional de Panamá; Lic. Jaime Abraham Juárez, entomólogo médico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala; Dra. Carmen Guzmán-Bracho, InDRE/Secretaría de Salud de México; Dr. Carlos Ponce y Licda. Elisa Mayén de Ponce, Laboratorio Central de Referencia para Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis, Secretaría de Salud de Honduras, Dr. Yoichi Yamagata, JICA Tokio, Japón; Lic. Jun Nakagawa, JICA Guatemala y Dr. Andrew Miller, Director Nacional de la Transfusión, Ministerio de Salud de Uruguay. Ejerció la Secretaría Técnica el Dr. Delmin Cury, Consultor de OPS/OMS/Honduras y Secretario Técnico de la IPCA. Por parte de OPS/El Salvador coordinó y acompañó las tareas el Dr. Armando Bañuelos, Consultor en Epidemiología.

Como contrapartes nacionales actuaron el Dr. Hugo Francia, Lic. Jorge Cardozo, Licda. Vilma de Aguilar, Lic. Oscar Sánchez y Dra. Lilian de García del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. Además de las reuniones con Autoridades de Salud y de trabajo con los equipos técnicos de MSPAS, la Comisión visitó la Cruz Roja Salvadoreña, la Universidad Nacional y localidades endémicas de los departamentos de Sonsonate, Santa Ana y Ahuchapan. El Informe de la evaluación fue entregado a las autoridades del MSPAS el último día de trabajo.

**Primera Evaluación Internacional del Programa de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas de Honduras
12 al 16 de mayo de 2003**

La Comisión de Evaluación (CE) fue constituida por los doctores Antonio Carlos Silveira, experto invitado del Brasil; Rafael Cedillos Director del Centro de Investigación y Desarrollo en Salud de El Salvador (CENSALUD); Francisca Marín Coordinadora Programas de Chagas y Leishmaniasis del Ministerio de Salud de Nicaragua; Lorenzo Cáceres Carrera Coordinador de la Comisión Nacional de Chagas del Ministerio de Salud de Panamá; Yoichi Yamagata, Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA). Por la OPS/Honduras, en apoyo a la CE actuó el Dr. Delmin Cury, Secretario Técnico de la IPCA y el Dr. Renato Gusmao, Coordinador del Programa de Enfermedades Transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud OPS/Washington.

La contraparte nacional estuvo integrada por de la Secretaría de Salud de Honduras los doctores Concepción Zúñiga, Coordinador de la Unidad de Vectores; Carlos Ponce, Jefe de Laboratorio de Referencia para la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis; Licda. Elisa M. de Ponce, Asistente de Investigación; Lic. Oscar Orlando Urrutia, Encargado del Programa de Chagas y Leishmaniasis; y, el Sr. Ramón Rosales, técnico de vectores. Acompañaron parte de las actividades los doctores Gilles De Margerie de ACIDI/Honduras y Roberto Bazzani de IDRC/Uruguay.

Participaron en condición de observadores los técnicos de JICA Michio Kojima de Honduras, Kyoko Ota de El Salvador y Keiko Mizuno de Guatemala. La Comisión Internacional se reunió con autoridades y equipos técnicos de la Secretaría de Salud en la ciudad de Tegucigalpa y visitó instituciones que trabajan en prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas, entre ellas, Cruz Roja Hondureña, Instituto Nacional del Torax y Banco de Sangre del Hospital General San Felipe. La Comisión también visitó áreas endémicas de los departamentos de Yoro y Francisco Morazán, donde se estaban finalizando los proyectos colaborativos entre la Secretaría de Salud y Médicos Sin Fronteras secciones de España y Francia, para prevención y control integral de la enfermedad de Chagas. El informe de la evaluación fue entregado a las autoridades de la Secretaría de Salud el último día de trabajo.

Primera Evaluación Internacional del Programa de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas de Nicaragua 8 al 12 de septiembre de 2003

La Comisión Evaluadora Internacional la conformaron: Dr. Luis Marroquín, Jefe del Programa de Control de la Enfermedad de Chagas de Guatemala; Dr. Felipe Guhl, Director CIMPAT Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia; Dr. Carlos Ponce, Laboratorio de Eferencia para Enfermedad de Chagas, Secretaría de Salud de Honduras y Dr. Jun Nakagawa, JICA/Japón.

Actuaron como contraparte nacional el Dr. Francisco Acevedo, Director Nacional de Control de vectores; Dra. Francisca Marín, Jefe del Programa de Control de la Enfermedad de Chagas en Nicaragua; Dr. Alberto Montoya, Jefe de Parasitología del Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia; Licda. Emperatriz Lugo y Dra. Perla Espinosa de la Unidad de Entomología y la Licda. Xiomara Palacios, del CNDR. Ejerció la Secretaría Técnica el Dr. Delmin Cury, Consultor de OPS/Honduras y Secretario Técnico de la IPCA y el Dr. Silvain Aldighieri, Consultor OPS/Nicaragua. Participaron como observadores el Dr. Gilles de Margerie, Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional y Lic. Michio Kojima, JICA/Honduras.

La Comisión tuvo entrevistas con autoridades del MINSA, Cruz Roja Nicaragüense, Médicos Sin Fronteras/Bélgica con equipos de los SILAIS de los departamentos de Madriz y Matagalpa. La Comisión constató los avances obtenidos y en el informe entregado a las autoridades del MINSA se hicieron las recomendaciones que permitirán asegurar estos avance y alcanzar las metas establecidas.

Evaluación Internacional de la Situación Epidemiológica de la Enfermedad de Chagas en Panamá. 12 al 16 de Abril de 2004

La Comisión Internacional para evaluar la Situación Epidemiológica de la Enfermedad de Chagas en Panamá y el Plan de Trabajo para el Control de *Rhodnius pallescens* la

integró el Dr. Felipe Guhl, Director CIMPAT Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia; Dr. Antonio Carlos Silveira, miembro del Consejo Consultivo para la enfermedad de Chagas, Ministerio de Salud de Brasil; Dr. Carlos Ponce y Licda. Elisa Ponce Laboratorio Central de Referencia para Enfermedad de Chagas, Secretaría de Salud, Honduras.

Actuó como contraparte nacional el Dr. Lorenzo Cáceres, Coordinador de la Comisión Nacional de la Enfermedad de Chagas La evaluación fue coordinada por el Dr. José Luis San Martín de OPS/Panamá. La Comisión tuvo entrevistas con actores clave del nivel central y de la Región de Salud Panamá Oeste del Ministerio de Salud, Universidad de Panamá e Instituto Conmemorativo Gorgas. Se visitaron varias localidades del distrito de La Chorrera, provincia de Panamá en la Región de Salud Panamá Oeste una de las principales áreas endémicas con presencia del vector *R. pallescens*. La Comisión entregó a las autoridades del Ministerio de Salud el informe con las conclusiones y recomendaciones particularmente en le referente al tema del *R. pallescens*, principal vector en el país y reconoció el trabajo que lleva a cabo la Comisión Nacional de la Enfermedad de Chagas.

Segunda Evaluación Internacional del Programa de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas de Guatemala 23 al 27 de mayo de 2005

La Comisión Evaluadora Internacional estuvo integrada por el Dr. Felipe Guhl, Director CIMPAT, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia; Dr. Carlos Ponce, Jefe Laboratorio de Referencia para Enfermedad de Chagas, Secretaría de Salud, Honduras y Dr. Jun Nakagawa, Experto Regional Enfermedad de Chagas, JICA/OPS, Honduras. Ejercieron la Secretaría Técnica el Dr. John Ehremberg, Coordinador Programa Enfermedades Transmisibles OPS/Washington; Dr. Roberto Salvatella, Asesor Regional para Enfermedad de Chagas OPS/Uruguay; Dr. Delmin Cury, Consultor en Enfermedades Transmisibles, OPS/Honduras y Secretario Técnico de la IPCA; Dr. Enrique Gil, Consultor en Enfermedades Transmisibles OPS/Guatemala y el Dr. Ken Hashimoto, Asesor Técnico en Enfermedad de Chagas, OPS/Guatemala.

La contraparte nacional la integraron el Dr. Hugo Alvarez, Responsable Programa Nacional Enfermedad de Chagas y el Lic. Reginaldo Pichiyá, Responsable de la Sección de Entomología, ambos del Ministerio de Salud Pública Y Asistencia Social MSPAS. Por parte de JICA/Japón, acompañaron a la Misión el Dr. Yoichi Yamagata, Licda. Kaori Nishiyama y Licda. Seaeko Ichikawa y por JICA/Guatemala: Dra. Keiko Mizuno y Lic. Hajime Tsuboi. La Comisión pudo constatar los avances y fortaleza del Programa Nacional que indican con claridad que el país está próximo a lograr la interrupción de la transmisión del *T. cruzi* por el principal vector, *Rhodnius prolixus* y los logros en el control de la transmisión transfusional. La Comisión visitó áreas endémicas intervenidas y en vigilancia de los departamentos de Zacapa, Jutiapa y Jalapa. El informe fue entregado a las autoridades del MSPAS al final de la evaluación.

Misión de evaluación para la certificación de la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas por *Rhodnius prolixus* en Guatemala
22 al 24 de octubre de 2008

El propósito fundamental de esta evaluación fue evaluar el Sub-programa de la Enfermedad de Chagas de Guatemala, que permiten certificar el cumplimiento de uno de sus objetivos principales, la interrupción de la transmisión vectorial de la Enfermedad de Chagas por *Rhodnius prolixus*. La Comisión Evaluadora estuvo conformada por expertos de las diferentes iniciativas del continente americano y de organismos internacionales: Ing. Bernardino Vaz de Melo Azeredo, Ministerio de Salud de Brasil; Dr. Alonso Parra Garcés, Ministerio de Salud de Chile; Dr. José Prado Garcés, Ministerio de Salud de Ecuador; Licda. Emperatriz Lugo, Ministerio de Salud de Nicaragua; Lic. José Pinzón, Ministerio de Salud de Panamá; Dr. Ken Hashimoto, Agencia de Cooperación Internacional del Japón, con sede en Honduras, el Lic. Jaime Juárez, Consultor de la OPS/OMS Guatemala y el Dr. Enrique Gil, Secretaría Técnica de IPCA, OPS/OMS. Las contrapartes nacionales asignadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) fueron: Dr. Hugo Rafael Álvarez, responsable del Sub-programa de la Enfermedad de Chagas y la Licda. Zoraida Morales, responsable de la Sección de Entomología Médica. La Comisión Evaluadora en su informe expresa: *“Dada la información aportada, los testimonios institucionales y de técnicos implicados, así como lo observado en terreno por la presente Comisión Internacional de Evaluación con Secretaría Técnica OPS/OMS y apoyo AECL y JICA, que visitó el país del 20 al 24 de octubre de 2008, se declara la total compatibilidad de esta información con la interrupción de la transmisión de Trypanosoma cruzi por Rhodnius prolixus en Guatemala. Se eleva este informe a consideración de la XI Reunión IPCA, a realizarse en San José de Costa Rica del 18 al 20 de noviembre de 2008, para su homologación subregional.”*

Misión de Evaluación para la Certificación de la Eliminación del *Rhodnius prolixus* en El Salvador
23 al 27 de noviembre de 2009

El propósito de esta evaluación, es determinar la eliminación de *Rhodnius prolixus* en El Salvador. Se enmarca en la Recomendación emanada de la XI Reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centro América para el Control de la enfermedad de Chagas (IPCA), celebrada en San José, Costa Rica del 18 al 20 de diciembre de 2008, que dice a la letra: *“Planificar para el segundo trimestre del año 2009 una visita externa preparatoria en El Salvador, para revisión, sistematización de la información existente, con miras a la certificación de la eliminación de R. prolixus”*.

Los miembros de la Misión Internacional fueron: Dra. Nidia Calvo Fonseca, Coordinadora del Centro Nacional de Referencia en Parasitología, INCIENSA, Costa Rica; Dr. Mirko Rojas Cortéz, ex-Director del Programa de Enfermedad de Chagas de Bolivia; Dra. Pilar Irabedra, Consultora de OPS/OMS. Uruguay; Dr. Yuichiro Tabaru, Entomólogo Médico JICA Japón.

Como contraparte nacional participaron el Ing. José Eduardo Romero, Entomólogo de la Unidad de Vigilancia de Enfermedades de Transmisión Vectorial, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Licda. Emi Sasagawa, Asesora técnica Proyecto Control de la Enfermedad de Chagas JICA; Dra. María Paz Ade, Asesora Salud Familiar, Prevención y Control de Enfermedades, OPS/OMS/El Salvador y Dr. Rafael Cedillos, Experto Nacional. La Comisión Evaluadora Internacional en su informe expresa como conclusión de su trabajo lo siguiente:

*“La situación descrita en la documentación de estudios de investigación, de relevamiento de los servicios del Ministerio de Salud Pública y de organismos e investigadores independientes, en referencia a presencia, infestación o detección de *Rhodnius prolixus*, junto a las encuestas entomológicas más recientes dirigidas a establecer su existencia en El Salvador y los testimonios institucionales, de técnicos y de comunidad obtenidos, durante la visita ejecutada, llevan a la Comisión Internacional actuante a validar la eliminación de esta especie de triatomino del territorio nacional de acuerdo a los criterios establecidos por IPCA”.*

Este informe, será homologado por los países de América Central en la Décimo segunda Reunión de la Comisión Intergubernamental de la IPCA, a celebrarse en San Salvador en junio de 2010.

Misión de evaluación para la certificación de la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas por *Rhodnius prolixus* en Honduras. 22 al 26 Noviembre del 2010

El objetivo de esta Misión es evaluar y verificar en el terreno la información presentada por Honduras evidencie que el país puede obtener la Certificación de la Interrupción de la transmisión del *Trypanosoma cruzi* agente etiológico de la enfermedad de Chagas, por el vector *Rhodnius prolixus* como resultado de las acciones programáticas que se han desarrollado hasta la fecha. La Misión Internacional estuvo integrada por el Dr. Roberto Salvatella, Asesor Regional OPS/OMS para Enfermedad de Chagas; Dra. Vera Lucía Correa, Directora Centro de Entomología Superintendencia de Control de Endemias del Estado de Sao Paulo, Brasil; Ing. Mirko Rojas, Profesor, Universidad de Cochabamba, Bolivia.

La contraparte nacional la conformaron el Dr. Concepción Zúniga, Jefe del Programa Nacional Enfermedad de Chagas; Lic. Oscar Orlando Urrutia, Jefe de la Unidad de Entomología; Sr. Ramón Rosales, Técnico Programa Nacional Enfermedad de Chagas; Dra. Tamara Mancero Buchelli, Consultora OPS/Honduras y Secretaria Técnica de la IPCA; Lic. Kota Yoshioka, Experto proyecto Chagas JICA/Nicaragua. Acompañaron las actividades de la Misión, las siguientes personas: Lic. Elisa Mayén de Ponce, Colaboradora Programa Nacional; Dr. Carlos Ponce Garay, Experto Nacional; Lic. Mercedes Martínez; Sra. Jessica Leticia Valeriano; TSA Marco Tulio Trejo; Ing. Mauricio Zúniga; Técnicos Programa Nacional Enfermedad de Chagas; TSA. Wilberto Montalbán, Técnico Unidad de Entomología; Lic. Jiro Nakamura,

Coordinador del Proyecto JICA Fase II; Dr. Ken Hashimoto, Técnico Proyecto JICA Fase II; Dra. Rosa Elena Mejía Torres, Jefe Laboratorio de Parasitología; Dra. Maria Luisa Matute, Jefe Departamento de Laboratorios y Dr. Carlos Rodríguez Colindres, Consultor UAP/ACDI. En su informe a las autoridades de la Secretaría de Salud, La Comisión Evaluadora expresa:

*“Consecuentemente, la información aportada por el país y diversos organismos nacionales e internacionales de cooperación, así las observaciones directas logradas por la Comisión Internacional Evaluadora y los testimonios recogidos por esta, durante la misión en terreno celebrada del 22 al 26 de Noviembre de 2010, llevan a expresar que Honduras ha logrado una efectiva interrupción de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus*, que fuera la principal especie de triatomino vector de la enfermedad de Chagas en el país. Tal interrupción de la transmisión que esta Comisión valida y certifica, deberá pasar a ser homologada por la Décimo Tercera Reunión de la Comisión Intergubernamental (CI) de la Iniciativa de los Países de Centro América (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas, a celebrarse en Tegucigalpa, Honduras en fecha a determinar de 2011”.*

**Misión de Evaluación para la Certificación de la Interrupción de la Transmisión Vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus* en Nicaragua.
29 de noviembre al 3 de diciembre de 2010**

El objetivo de esta Misión fue el de evaluar y verificar en el terreno la información presentada por Nicaragua en relación al corte de la transmisión vectorial del *T. cruzi* por *R. prolixus*, a consecuencia de las acciones programáticas que se han desarrollado hasta la fecha, que permitan otorgar una Certificación de Interrupción de la Transmisión del por este vector.

La Misión Internacional estuvo conformada por el Dr. Carlos Ponce, Ex Director Laboratorio de Referencia para Enfermedad de Chagas, Honduras; Dr. Julio Sayes, Coordinador regional Norte de la Comisión Nacional de Zoonosis de Uruguay, Coordinador Programa de Chagas de Uruguay; Dra. Pilar Irabedra, Consultor Nacional de Organización Panamericana de la Salud/Uruguay, asignada a la coordinación regional en prevención y control de Enfermedad de Chagas; Dr. Ken Hashimoto, Asesor Técnico de Proyecto Control de la Enfermedad de Chagas, Agencia de Cooperación Internacional del Japón, JICA/Honduras. Como contraparte nacional del Ministerio de Salud, participaron el Dr. William Chacón, Responsable del Componente de Prevención y Control de Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis y la Lic. Emperatriz Lugo, Responsable de la Dirección de Entomología Nacional. Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia CNDR y la Dra. Lesbia Altamirano, Consultor Nacional en el Area de Control y Prevención de Enfermedades de la Organización Panamericana de la Salud/Nicaragua.

Las actividades de la Misión fueron acompañadas por: la Dra. Elisa Mayén de Ponce, Colaboradora del Programa Nacional Chagas de Honduras; Lic. Toshihiko Matsuki, Coordinador del Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas JICA/Nicaragua; Lic. Yuko Hishida, Administradora del Proyecto de control de la Enfermedad de Chagas JICA/Nicaragua; Lic. Kota Yoshioka, Asesor Técnico del Proyecto de control de la Enfermedad de Chagas. JICA Nicaragua; Dra. Doribel Tercero Consultora, Proyecto Chagas JICA/Nicaragua; Dr. Byron Pérez, Consultor, Proyecto Chagas JICA/Nicaragua y Dra. Elizabeth Hernández, JICA Nicaragua. En su informe la Comisión Evaluadora Internacional expresa:

*“La situación descrita, en la documentación de relevamiento entomo-epidemiológico y de prevención-control de la enfermedad de Chagas que fuera aportada por el Ministerio de Salud de Nicaragua, en referencia a presencia, infestación o detección de *Rhodnius prolixus*, junto a las recientes encuestas sero-epidemiológicas desarrolladas en menores y los testimonios institucionales, de técnicos y de comunidad obtenidos durante la visita ejecutada del 29 de noviembre al 3 de diciembre de 2010, llevan a la Comisión Internacional actuante a validar la interrupción de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus* en el territorio nacional de Nicaragua, de acuerdo a los criterios establecidos por la IPCA”.*

Este informe será homologado por los países de América Central en la Décimo tercera Reunión de la Comisión Intergubernamental de la IPCA a realizarse en Honduras en 2011.

Evaluaciones Internacionales



Evaluación Internacional a Guatemala. 2002



Evaluación Internacional a Honduras. 2003



Evaluación Internacional a Nicaragua. 2003



Evaluación Internacional a Panamá. 2004



Evaluación Internacional a Guatemala. 2005



Evaluación Internacional a Honduras 2010



Evaluación Internacional a Honduras 2010. Entrega de Informe al Ministro de Salud. Dr. Arturo Bendaña, acompañado por la Representante de la OPS/OMS en Honduras Dra. Gina Watson, los miembros de la Mision y de la contraparte nacional



Evaluación internacional a Nicaragua. 2010



Certificado de Interrupción de la Transmisión Vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus* a Guatemala. XI IPCA. San José Costa Rica 2008.



Certificación de Guatemala 2008. XI IPCA. San José, Costa Rica.



Certificado de la Eliminación de *Rhodnius prolixus* a El Salvador
XII IPCA. San Salvador, El Salvador 2009



Ministra de Salud de El Salvador, Dra. María Isabel Rodríguez recibiendo la Certificación. XII IPCA. San Salvador 2010

CONTROL DE LA TRANSMISIÓN TRANSFUSIONAL DE *TRYPANOSOMA CRUZI* EN AMÉRICA CENTRAL

Para la población humana la segunda vía de adquirir la infección por *Trypanosoma cruzi* después de la transmisión vectorial, es por transfusiones sanguíneas provenientes de donantes de sangre infectados. Esta vía de transmisión además es importante por que trasciende las áreas endémicas de transmisión vectorial por la movilidad de las personas.

Su control es uno de los Objetivos de la IPCA. En 1987 se inició en Honduras una actividad de control de la transmisión transfusional de la enfermedad de Chagas, mediante el tamizaje serológico de los donantes, basados en la experiencia de países de América del Sur, la alta seroprevalencia en donantes de sangre y amparados en una recién promulgada Ley de la República para el control de agentes infecciosos transmisibles por transfusión incluyendo al *Trypanosoma cruzi*. Esta experiencia considerada exitosa por las evaluaciones externas, fue apoyada por la Organización Panamericana de la Salud transfiriéndola a los otros países de América Central, particularmente a El Salvador, Nicaragua y Belice, que de inmediato implementaron el tamizaje serológico, demostrando su importancia, logrando apoyo legal y financiero, que estimuló a que los otros países, Guatemala, Panamá y Costa Rica también iniciaran este control que con el compromiso adquirido por los países al crearse la IPCA se hizo de cumplimiento obligatorio.

El control de la transmisión transfusional de *T. cruzi* en Centroamérica es un logro reconocido internacionalmente, todos los países han logrado un marco legal y normativo que asegura la obligatoriedad de este control, fortalecen la estrategia de “Sangre Segura” con la prevención y control de la enfermedad de Chagas a través de la IPCA y un beneficio a toda la población de la subregión. El reto para mantener el logro, se basa en el fortalecimiento del control de calidad en los bancos de sangre y mejorando la atención médica de los donantes de sangre que se identifican infectados.

10 IPCA: UNA EXPERIENCIA EXITOSA

10.1 Apostillas a la fase Geniásica de la IPCA, Rodrigo Zeledón*

Era necesario seguir el ejemplo de los países del Cono Sur y, posteriormente, el de los países andinos que habían creado, en 1991 y 1997, respectivamente, sendas Iniciativas para el control de la enfermedad de Chagas, combatiendo a los respectivos vectores y evitando su transmisión a través de la transfusión sanguínea. Sin embargo, en el caso de Centro América era importante tener una razón de peso que pudiera convencer a los respectivos ministros de salud y gobiernos, de que el paso oficial iba realmente a producir réditos importantes en la salud centroamericana, en un plazo relativamente corto.

El argumento surgió en el Taller Internacional sobre Genética Poblacional y Control de Triatomíneos, celebrado en Santo Domingo de los Colorados, Ecuador, del 24 al 28 de septiembre de 1995. En esa ocasión tuve la oportunidad de comunicar a los presentes la hipótesis de que el *Rhodnius prolixus* centroamericano, el principal vector de la enfermedad en la subregión, era una especie introducida, es decir, que no era nativa de la América Central. En ese momento escribí en la Memoria del Taller, lo siguiente: “Al contrario de *T. dimidiata*, hay evidencias de que *R. prolixus* no existía en la región centroamericana en el siglo pasado y fue encontrado por primera vez en El Salvador, en 1915. La hipótesis de que pudo haber sido introducido en el país por un científico viajero a partir de ejemplares originados en una colonia de laboratorio que estableciera el Profesor Emile Brumpt en París, en 1912, y que del laboratorio se esparciera al campo por accidente, y después a otros países vecinos, merece mayor atención”. Luego, al pie de página, refiriéndome a la introducción de *R. prolixus* en Costa Rica, hice el siguiente comentario: “Si bien se trató de una pequeña área infestada, el hecho de que no se volviera a encontrar mas *R. prolixus* en Costa Rica, indica que su eliminación es posible.” En virtud de esta hipótesis, que reforcé con algunos otros argumentos para hacerla mas creíble, las personas presentes en el Taller, incluyeron, en las “Recomendaciones Finales”, la que aparece con el número 5 y que dice lo siguiente: “Los gobiernos de los países de Centroamérica y México deberían formar un “Conjunto Regional” para la eliminación de *Rhodnius prolixus* y control de otros vectores de la enfermedad de Chagas”. (Proceedings of the International Workshop on Population Genetics and Control of Triatominae, Santo Domingo de los Colorados, Ecuador, Sep. 24-28, 1995, p. 40, p.108).

Como una consecuencia de lo anterior, se publicó, un tiempo después, un trabajo en donde J.P. Dujardin y algunos colaboradores participantes en el Taller, demuestran, haciendo uso de marcadores genéticos y de morfometría, que no existe diferencia importante entre ejemplares de *R. prolixus* de Colombia y de Honduras y que son genéticamente muy restringidos, en comparación con sus formas ancestrales venezolanas, (Dujardin, J.P. et al., 1998. The origin of *Rhodnius prolixus* in Central America. Med. Vet. Entomol. 12: 113-115). Posteriormente expuse, con mayores detalles, algunos argumentos adicionales que reforzaban la hipótesis lanzada en

1995, y que había abierto la posibilidad de eliminar por completo al *R. prolixus* de la subregión centroamericana (Zeledón, R., 2004. Some historical facts and recent issues related to the presence of *Rhodnius prolixus* (Stal, 1859) (Hemiptera, Reduviidae) in Central America, Entomol. Vect. 11: 233-246). Las nuevas evidencias y nuevos hechos que surgieron, como producto de indagaciones personales, vinieron a fortalecer, aun mas, la hipótesis de lo que había en realidad sucedido para que llegara el *R. prolixus* a establecerse en Mesoamérica, a partir de ejemplares “importados”.

Otra consecuencia del citado Taller fue que el Dr. Carlos Ponce, ex alumno mío en la Universidad de Costa Rica, y jefe del Laboratorio de Referencia de Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis, del Ministerio de Salud Pública de Honduras, a su regreso a su país, después de haber asistido al Taller, logró comunicarse con el señor Ministro de Salud, Dr. Enrique Samayoa y con otras autoridades hondureñas de salud, explicándoles la vulnerabilidad que había surgido para el *R. prolixus*. De allí nació la idea de una Iniciativa para Centro América para la Prevención y el Control de la Enfermedad de Chagas (IPCA), Iniciativa que fuera lanzada en octubre de 1997 en Tegucigalpa la cual recibiría, en mayo de 1998 el aval de la Asamblea Mundial de la Salud, y la valiosa colaboración de la Organización Panamericana de la Salud.

El *R. prolixus*, gracias a los esfuerzos de la Iniciativa Centroamericana, ha sido eliminado por completo de El Salvador y de Guatemala y que solo restan pequeños focos con la presencia del vector en Honduras y Nicaragua, cuya eliminación definitiva está en marcha. La erradicación del principal vector de la enfermedad de Chagas de la región centroamericana, sin duda alguna, traerá un alivio de grandes proporciones en los índices de morbilidad y mortalidad en toda la población afectada. Hoy vemos con gran satisfacción el éxito de este esfuerzo conjunto centroamericano, originado en una decisión política oportuna, basada en hechos científicos bien fundamentados.

***Profesor Universitario Jubilado**
San Jose, Costa Rica
E-mail: rodrigozeledon@ice.co.cr

10.2 Mi visión de la IPCA, Christopher J. Schofield*

La conceptualización de la Iniciativa de Centro América contra la enfermedad de Chagas (IPCA) comenzó inmediatamente después del lanzamiento de la Iniciativa de los Países del Cono Sur (INCOSUR) en 1991, alentada por el importante trabajo de Carlos y Elisa Ponce en Honduras, Celia Cordon-Rosales y Carlota Monroy en Guatemala, y el interés mostrado por científicos japoneses establecidos en Guatemala, especialmente Yuichiro Tabaru y Yoichi Yamagata. Al inicio hubo algunas reservas mostradas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud así como por algunos de los Ministerios de Salud de Centro América, posiblemente por la sensación de que la iniciativa INCOSUR estaba ya excediendo sus capacidades para este nivel de coordinación entre países. Sin embargo, al final de la primera reunión formal de la red ECLAT en Santo

Domingo de los Colorados, Ecuador en 1995, quedó claro que el entusiasmo científico y el consenso estaban construyendo fuertemente las bases de las iniciativas para el control de la enfermedad de Chagas en los países de Centro América y del Pacto Andino.

Para Centro América, quizás el argumento crucial fue planteado por Rodrigo Zeledón, con su sugerencia visionaria de que *Rhodnius prolixus* el vector más significativo en Centro América probablemente no era nativo de la región, y podría por lo tanto considerarse como candidato para la completa eliminación (Zeledón R. 1996. Enfermedad de Chagas en Centroamérica. p.40 en: Proceedings of the International Workshop on Population Genetics and Control of Triatominae, Santo Domingo de los Colorados, Ecuador. INDRE Mexico City, 116pp). Esta idea fue verificada, tanto genéticamente (Dujardin J.P. et al. 1998. The origin of *Rhodnius prolixus* in Central America. Medical & Veterinary Entomology 12, 113-115) como por reconstrucción histórica detallada (Zeledón R. 2004. Some historical facts and recent issues related to the presence of *Rhodnius prolixus* (Stal, 1859) (Hemiptera, Reduviidae) in Central America. Entomología y Vectores 11, 233-246) y estudios de campo adicionales, los que llevaron a la conclusión de que *R. prolixus* había arribado a Centro América desde Venezuela, a través del laboratorio de Emile Brumpt en París, alrededor de 1912, escapando de un laboratorio en San Salvador, El Salvador y progresivamente dispersándose y colonizando viviendas hasta el sur de México. (Dias E. 1952. Doença de Chagas nas Américas. III. América Central. Revista Brasileira de Malariologia 4, 75-84) y hasta la provincia de Guanacaste en Costa Rica (Ruiz H. 1953. *Rhodnius prolixus* in Costa Rica. Revista de Biología Tropical 1, 239-240), sin ninguna evidencia de la existencia de poblaciones silvestres. Además, las comparaciones genéticas indicaron que las poblaciones de *R. prolixus* de Centro América luego de pasar a través de una serie de “cuellos de botella” genéticos eran genéticamente muy restringidos, en comparación con sus formas ancestrales venezolanas, y podían de hecho ser consideradas de posible eliminación en Centro América.

El otro vector importante *Triatoma dimidiata*, aunque geográficamente más disperso, tenía tendencia a mostrar bajas tasas de infestación doméstica, y se había demostrado como un vector con una importancia epidemiológica mucho menos significativa que *R. prolixus*, típicamente asociado con seroprevalencias humanas de alrededor de 10%, comparado con el 40-50% asociado con *R. prolixus* (Ponce et al. 1995. Ensayos de intervención con nuevas herramientas para el control de la enfermedad de Chagas en Honduras. En: Nuevas Estrategias para el Control Vectorial de la Enfermedad de Chagas en Honduras. Ministerio de Salud Pública, Tegucigalpa. pp. 10-16); (Paz-Bailey et al. 2002. Incidence of *Trypanosoma cruzi* infection in two Guatemalan communities. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 96, 48-52). De todas maneras, se esperaba que *T. dimidiata* fuera susceptible a intervenciones similares a las propuestas para la eliminación de *R. prolixus*.

Con el intenso entusiasmo científico y los reclamos de poblaciones afectadas por las “chinchas picudas” los Ministros de Salud de los países de Centro América formalizaron la iniciativa IPCA por resolución de la XIII Reunión del Sector Salud de

Centro América RESSCA realizada en Belice en 1997 y cuyo lanzamiento se hizo en Tegucigalpa, Honduras ese mismo año.

Sin embargo, el inicio la tarea no fue sencilla. A diferencia de la mayoría de los países de INCOSUR, los estados Centro Americanos tenían poca experiencia previa en el control de Triatominae, y después de varios años de guerras y conflictos civiles, muchos eran institucionalmente débiles y tenían una muy limitada infraestructura académica. El apoyo inicial del Gobierno de Taiwan –\$500,000 para cada uno de los 7 países – ayudó a comenzar las encuestas iniciales, y la tragedia del huracán Mitch en 1998 atrajo nuevos socios, tales como Médicos Sin Fronteras, la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, Plan Internacional y Visión Mundial, quienes desarrollaron importantes programas de control de Chagas especialmente en Honduras. El apoyo vino también de la industria especialmente de Zeneca, Roussel-Uclaf, Bayer, y Hudson con asistencia para cursos de entrenamiento y una serie de ensayos de demostración de control (Acevedo et al. 2000. Comparison of intervention strategies for control of *Triatoma dimidiata* in Nicaragua. Memorias do Instituto Oswaldo Cruz 95, 867-871). Más significativa, sin embargo, fue la decisión de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), de involucrarse en el control de la enfermedad de Chagas en Guatemala, Honduras, El Salvador y posteriormente en Nicaragua y Panamá. JICA proveyó apoyo técnico y financiero, equipamiento e insecticida, y un nivel de disciplina y coordinación que quizás podría considerarse como modelo universal para una efectiva cooperación internacional para el control de enfermedades. Los voluntarios de JICA ayudaron a todos los niveles, desde las comunidades locales hasta OPS y los Ministerios de Salud, proveyendo apoyo técnico, aliento y asistencia en la planificación, logística e implementación operacional.

Lo que podría verse como objetivos muy simples eliminación de infestaciones domésticas de triatominos, mejoramiento del tamizaje serológico en donadores de sangre y atención de pacientes era tal vez relativamente simple de obtener en pequeña escala, al nivel de una localidad, o un hospital o un banco de sangre. Pero a la escala de varios países completos, con terreno escabroso y accesos frecuentemente difíciles, la tarea se transforma en increíblemente compleja. La complejidad operacional no se incrementa linealmente con la escala geográfica, sino que tiende a seguir una ley cuadrática creciendo como el cuadrado del tamaño de la operación debido a la necesidad de jerarquías para la coordinación, supervisión y reporte de actividades en todos los niveles. De modo que lo que se consiguió en Centro América comenzando con una base de poca o ninguna experiencia es mucho más remarcable. Gracias a la voluntad de los profesionales de los bancos de sangre, el tamizaje serológico de donantes de sangre alcanzó el 100% a lo largo de toda la región y gracias a la habilidad y la persistencia del personal de las brigadas de control de vectores, *R. prolixus* ya casi desapareció, con infestaciones domésticas de *T. dimidiata* sustancialmente reducidas. La prevalencia de la enfermedad disminuyó a la mitad desde la década de 1990, con incidencia aparente disminuida en 86%. Para los 12 años del IPCA, esto se traduce en unos 640,000 centroamericanos que hoy no están infectados, que podrían haber sido infectados si no hubieran existido las intervenciones de control y unos 3 millones que ahora no están obligados a dormir con chinches en sus viviendas.

Y para el futuro? lamentablemente, las iniciativas exitosas son castigadas con recortes de recursos y personal redistribuido. Aún más lamentable, es que esto usualmente se hace prematuramente, antes de que la tarea sea completada. Pero uno de los logros de la iniciativa IPCA ha sido el alto grado de entrenamiento y sensibilización, de modo que maneras innovadoras se están desarrollando para integrar el monitoreo serológico, social y entomológico, con actividades rutinarias de salud comunitaria por ejemplo a través de programas rutinarios de salud escolar que pueden ofrecer una plataforma sustentable para la consolidación de los avances alcanzados (Schofield C.J. et al. 2006. The future of Chagas disease control. Trends in Parasitology 21, 583-588). En este sentido, IPCA no sólo es un éxito contra la enfermedad de Chagas, un éxito en cooperación internacional y un éxito en desempeño científico, sino además un importante campo de pruebas para fases sucesivas en el desarrollo de la salud comunitaria.

***Coordinador de la Red ECLAT**
Profesor LSHTM (ITD)
E-mail: Cj.schofield@lshtm.ac.uk

10.3 Memoria de los 12 años de la IPCA, Gabriel A. Schmunis*

Desde el descubrimiento de la enfermedad de Chagas en el continente Latinoamericano y por razones históricas, la mayoría de los profesionales de salud interesados en los distintos aspectos que caracterizan esta enfermedad fueron del Cono Sur. Los mismos, con una visión egocéntrica, consideraron por años que la enfermedad de Chagas fuera de ese ámbito y con la excepción de Venezuela, era un problema de salud secundario y limitado. El mismo concepto primaba en los profesionales que realizaban la atención médica de la población en Centroamérica. Con contadas excepciones, la enfermedad de Chagas era de dudosa importancia como problema clínico y de salud pública.

A principios de los años 80s, mi conocimiento sobre el tema se limitaba a las publicaciones de los años 70s sobre vectores en Costa Rica, El Salvador, Honduras y Panamá, de los Drs. Zeledón, Cedillos, Ponce y Souza, respectivamente. Mientras que la clínica y el control en Centroamérica se desentendía de la enfermedad de Chagas, esa consideración contrastaba con los hallazgos de la academia que indicaba la existencia de vectores de *T. cruzi* con ecotopos principales fuera de la vivienda (*Triatoma dimidiata*) y afuera y adentro de la misma (*Rhodnius prolixus*). El primero de estos dos vectores de *T. cruzi* es el más distribuido en la subregión, y hasta afuera de ella, ya que se extiende desde el sur de México, toda Centroamérica, partes de Colombia, Ecuador, Venezuela, y el norte de Perú. Este vector autóctono y silvestre que en circunstancias especiales coloniza en la vivienda, sería imposible de eliminar. El otro, *R. prolixus*, considerado como el más eficiente vector de *T. cruzi* en Centroamérica (Ponce C. et al, Nuevas Estrategias para el control

vectorial de la enfermedad de Chagas en Honduras. (Ministerio de Salud, pp10-16, 1995) también se suponía era un vector silvestre que invadía la vivienda, y por lo tanto, también de imposible eliminación. La prevención de la infección humana, debería en ambos casos basarse en la vigilancia entomológica de la vivienda y cuando esta estuviera infestada, aplicar el rociado con insecticidas. En conclusión, en la década de los 80s, un programa de control de la enfermedad de Chagas basado en esas premisas, constituía un proyecto sin fecha de finalización, y para una enfermedad cuya prevalencia subregional era dudosa. Una proposición poco atractiva para cualquier Ministerio de Salud de la subregión.

El mayor conocimiento de la situación y circunstancias fortuitas, fueron cambiando la percepción sobre la importancia epidemiológica de la enfermedad de Chagas en el ámbito Centroamericano y las posibilidades de éxito en su prevención y control. En mi opinión, los siguientes fueron jalones importantes en el cambio de la percepción de que la enfermedad de Chagas, no solo era un importante problema de salud pública, sino que su prevención y control se podían realizar con éxito,

1980-1986. El Programa Especial de Investigación y Adiestramiento en Enfermedades Tropicales (TDR-OMS) promueve y apoya una encuesta epidemiológica nacional sobre la enfermedad de Chagas en Honduras. (Ponce C. Informe del Proyecto: Estudio de prevalencia de la enfermedad de Chagas en Honduras. TDR). Esto indicó que en el país existían 300.000 individuos infectados por *T. cruzi*. Esta cifra, tuvo un impacto mediático significativo, tanto en la prensa nacional como en la internacional y contribuyó a que se fortaleciera la idea de que algo había que hacer para prevenir y controlar la enfermedad de Chagas en Honduras y en Centroamérica.

1987. Se publican las prevalencias de infección por *T. cruzi* en los países Latinoamericanos (Moncayo A. Tropical Disease Research 88-98, 1987): 1,902.000 infectados en Centroamérica, excluyendo a Nicaragua. Aunque algunas de las cifras provenían de estimados, y en algunos países se comprobó a posteriori que las cifras fueron diferentes de las reales, esta fue la primera vez que las mismas estaban disponibles y contribuyeron a mostrar la importancia de la endemia en Latinoamérica en general y en Centroamérica en particular.

1990. Se publican cifras sobre incidencia de la enfermedad de Chagas (Hayes RJ, Schofield C. Bol Ofic Sanit Panam 108: 308-316, 1990): 66,191 casos nuevos por año para toda la Centroamérica de habla hispana. Un Nuevo elemento para fortalecer la percepción de la importancia que tenía la infección por *T. cruzi* en el contexto Centroamericano

1991. Se crea en el Cono Sur la Comisión Intergubernamental para la Eliminación del *Triatoma infestans* (vector del *T. cruzi* exclusivamente intradomiciliario en la Subregión del Cono Sur) y la Interrupción de la Transmisión Transfusional del *T. cruzi*.

1993-1995. Los países de Latinoamérica informan por primera vez el número de donantes de sangre entre el total de donantes, a los que se les hace serología para *T. cruzi*. Así se puede demostrar la incidencia de transmisión transfusional en los países hispanoparlantes de Centroamérica. Solo 1 de los 6 países hispanoparlantes de Centroamérica tamizaba para *T. cruzi* el 100% de los donantes de sangre en 1993/1995. Un país lo hace en 1997 y 3 más lo llevan a cabo en 1999 (Schmunis GA y Cruz JR, Clin Microbiol Rev 18:12-29, 2005). Este hallazgo, en un contexto caracterizado por el aumento en el número de accidentes y de violencia (cualquier individuo está expuesto a la necesidad de sangre o sus derivados), contribuye a fortalecer el concepto de la importancia de transfundir sangre segura.

1997. Se interrumpe la transmisión vectorial del *T. cruzi* por *Triatoma infestans* en Uruguay (Salvatella R, Rosa R. Rev Patol Trop 29: 213-231, 2000).

1997. Se considera que el *R. prolixus* de Centroamérica es una especie domiciliaria y por lo tanto podría ser eliminada (Schofield C, Desjardin JP. Parasitol Today 13:141-144, 1997; Dujardin JP. et al. Med Vet Entomol 12:113-1215, 1998).

1997. Durante la XIII Reunión del Sector Salud de Centroamérica (RESSCA) los países del área establecieron en su resolución número 13 que el “control de la enfermedad de Chagas era una actividad prioritaria”. De acuerdo con lo anterior, se acordó implementar un programa multinacional para la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas y la eliminación de transmisión transfusional del *T. cruzi*, que se conoce como “Iniciativa de los Países de Centro América”. Se decidió también la creación de una Comisión Intergubernamental para el seguimiento de las actividades y metas propuestas (Similar a la existente en el Cono Sur).

1998. Se lleva a cabo la primera reunión de la IPCA.

1999. En el Cono Sur, solo un país (Bolivia) recibió limitados fondos externos (US\$ 4 millones) en los 90s, para llevar a cabo investigación operativa sobre prevención y control. Ese mismo país y los 5 restantes, utilizaron sus propios recursos, o préstamos de la banca multilateral, para realizar sus actividades de prevención y control de la enfermedad de Chagas. Desde 1992 hasta 1995, la inversión de los países del Cono Sur para la prevención y control de la enfermedad de Chagas ascendió a más de US\$ 200 millones (Schmunis et al, Lancet 34:117, 1997). Sin embargo en Centroamérica, los países tuvieron que buscar un socio que contribuyera a financiar las acciones. La excepción fue El Salvador, en el que la desaparición del *R. prolixus*, se atribuye a la inversión en el mejoramiento de las viviendas financiada con los millones de US\$ o Euros que los inmigrantes salvadoreño remiten anualmente a su país de origen.

A continuación una copia de un informe de viaje 5-7 de Mayo, 1999 de un funcionario de OPS en una reunión con los Drs. Julio Argueta, Jefe del Programa de Enfermedad de Chagas/MSPAS, Guatemala y Yoichi Yamagata, representante de JICA, en ese país: “Se revisó la situación del programa de control. JICA está dispuesta a cooperar en su ejecución y el MSPAS ya incluyó parte de los fondos necesarios en el presupuesto del próximo ejercicio.

*Se recomendó que las acciones de rociado se lleven a cabo por medio del programa institucional (2 rociados con piretroides en la vivienda y el peridomicilio) y vigilancia entomológica con participación comunitaria promovida por medio de acciones continuas de educación a nivel de la comunidad y en las escuelas. El área de alto riesgo de *R. prolixus*, ya definida con el estudio realizado por la Dra. C. Monroy y financiado por JICA, posee aproximadamente 50.000 viviendas. “Se discutió también la oportunidad de tratar a los niños con serología positiva de las áreas que queden libres del vector, mencionándose las dificultades logísticas y financieras que implica esa tarea.”*

JICA (Yamagata et al. Technology and Development. No 16, pp 47-54, 2003) con su disponibilidad económica y enfoque descentralizado, dispuso que su propio personal con capacidad gerencial y técnica específica se estacionara en los países, ya sea en la sede de los Ministerios o en la OPS. Así se facilitó la interfase de cooperación en el tema entre los socios: OPS-JICA-Ministerios de Salud de los Países. El personal de OPS Regional (Dr. R. Salvatella) o con sede en la Sub-Region (Drs. A. Bañuelos, D. Cury, J. Fiusa Lima, E. Gil, P.L. Castellanos y A. Valencia), fueron un recurso de coordinación técnica permanente, que cambiaba periódicamente debido a la necesidad de las agencias internacionales de rotar periódicamente a su personal.

La filosofía común de la IPCA es que cada uno de los socios aporta lo acordado, con máxima transparencia en el uso de los recursos, y que todo nuevo socio con conocimiento y competencia técnica es bienvenido. Una década más tarde, los países recogen los frutos del esfuerzo realizado.

***Ex Coordinador Programa Enfermedades Transmisibles de OPS**
E-mail: gabriel.schmunis@gmail.com

10.4 La Iniciativa Centroamericana para el control de la enfermedad de Chagas: un modelo exitoso de acciones compartidas entre países, Antonio Carlos Silveira *

El modelo de actuación compartida entre países, en el área de salud, se apoya básicamente en dos supuestos básicos: **1)** en la similitud epidemiológica existente, que indica la adopción de procedimientos similares y, cuando es posible, simultáneos; **2)** en la posibilidad de optimizar las acciones, reuniendo la experticia existente en los diferentes países y promoviendo el intercambio entre ellos. Por otra parte, el compromiso internacional asumido de algún modo obliga en el plan político que se cumplan las tareas y metas que sean formalmente acordadas.

Una primera iniciativa de ese género, relacionada al control de la endemia chagásica, fue concebida y desarrollada por los países del Cono Sur a partir del año 1991.

La “Iniciativa de los Países de Centro América para la Interrupción de la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas (IPCA)”, fue creada tomando como referencia la observación del Cono Sur.

En la “XIII Reunión del Sector Salud de Centroamérica” (Belice, septiembre 1997) se reconoce explícitamente en la Resolución 13 la trascendencia del control de la enfermedad de Chagas en Centroamérica. En el mes siguiente en la “Reunión sobre Vectores de la Enfermedad de Chagas” (Tegucigalpa, octubre de 1997) se considera “factible lanzar un Programa multinacional para la interrupción de la transmisión vectorial por *Rhodnius prolixus*, su drástica disminución por *Triatoma dimidiata* y la eliminación de la transmisión transfusional de la enfermedad de Chagas”. En esa misma ocasión ya se ha establecido un plan de actividades para el período 1998 a 2001.

En estos doce años de la IPCA se ha logrado no solo dar cumplimiento casi integral a aquellos objetivos, inicialmente planteados, como en la práctica la IPCA se ha ocupado, también de forma muy concreta, con la atención médica al infectado chagásico. Entre los avances obtenidos se deben mencionar:

- ▶ La interrupción, formalmente certificada por la OPS/OMS, de la transmisión por *Rhodnius prolixus* en Guatemala y El Salvador;
- ▶ La interrupción de la transmisión por *R. prolixus* en Honduras y Nicaragua, pronto a demostrarse;
- ▶ La eliminación de *R. prolixus* en El Salvador, a confirmar;
- ▶ La reducción de los niveles de transmisión por *Triatoma dimidiata* en varios de los países;
- ▶ Una cobertura de tamizaje serológico del 100% en candidatos a donación de sangre, incluyendo ahora Costa Rica, donde no se hacía en carácter regular;
- ▶ La probable interrupción de la transmisión transfusional en la mayor parte de los países, a fundamentarse con datos e indicadores específicos.

Estos logros resultaron viables con la concepción de algunas alternativas estratégicas y metodológicas absolutamente innovadoras por el personal técnico de los países participantes de la IPCA.

Aunque desde el punto de vista estrictamente tecnológico las actividades de control vectorial sean sencillas, su operacionalización es compleja, con una logística elaborada y que además requiere un gran volumen de recursos financieros, de personal, equipos e insumos. Las opciones encontradas por la IPCA para superación de estas dificultades fueron: **1)** la búsqueda e incorporación de diversos socios, representados por agencias de cooperación y organizaciones no gubernamentales, que ya actuaban o no en los países, y que de algún modo podrían cooperar con los programas nacionales, de forma coordinada, complementaria y consensuada; y **2)** la concepción y desarrollo de métodos inéditos de operación, con la racionalización de las actividades y con la definición de prioridades para las intervenciones de control.

En el primer caso importa hacer especial mención a la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), por su extraordinaria contribución, sin olvidar a otros cooperantes que proporcionaron considerables aportes para muchos de los programas nacionales, como Médicos Sin Fronteras; Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI); ASDI; CARE; Visión Mundial; además de otros. Una condición fundamental para la integración efectiva de estos organismos a las actividades de los programas nacionales fue el acatamiento de las decisiones normativas de los mismos, así como su renuncia a determinados intereses corporativos, en beneficio de la consecución de las metas asumidas por los países.

El rol de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS/OMS) como Secretaría Técnica de la Iniciativa fue decisivo en la cooperación técnica ofrecida y como agente catalizador del intercambio entre los países. En lo referente a los cambios metodológicos introducidos, se considera imperativo mencionar dos en particular, cuya aplicación se piensa pueda ser universalizada. La primera de ellas, adoptada en Honduras, y que se designó como “ruta inversa”, hace posible el diagnóstico inicial de situación y la construcción de líneas de base para el control de una forma resolutivamente lógica, minimizando los costos y abreviando los tiempos de ejecución. En lugar de encuestas entomológicas extensivas, se parte de una exploración serológica previa en la población escolar, con pruebas rápidas, que permite identificar las áreas con transmisión activa. Permite además que se estime el diferente riesgo existente en diferentes áreas con base en las tasas de seroprevalencia obtenidas que, de ese modo, señalan aquellas localidades que deben ser prioritariamente intervenidas. De forma progresiva y gradual se va incorporando nuevas áreas a las actividades de control. Ese modelo de operación permite asimismo que se conozcan casos de infección reciente, posibles de tratamiento etiológico específico. O sea, que se obtiene información tanto para la prevención primaria de la transmisión vectorial como para la prevención secundaria, con la curación o limitación del daño por la infección.

La otra alternativa metodológica que se juzga pertinente destacar, y que igualmente simplifica y racionaliza las actividades para el establecimiento de líneas de base, es la pesquisa entomológica por muestreo de conveniencia, como se hizo en Guatemala, dirigida a unidades domiciliarias especialmente vulnerables a la infestación. Tanto una como la otra, estas “innovaciones” en el control vectorial revelan que, más allá de los logros alcanzados en términos del impacto de las actividades de la IPCA en la situación epidemiológica de la enfermedad de Chagas en Centroamérica, se ha producido también conocimiento, a partir de la experiencia acumulada en estos doce años de existencia de la Iniciativa.

*** Ex Director del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas del Ministerio de Salud de Brasil y Consultor Nacional de la Organización Panamericana de la Salud/ Representación en Brasil**
E-mail: atcrs@uol.com.br

Quisiera felicitar a todos mis colegas y amigos por el progreso obtenido en el control de la enfermedad de Chagas en Centroamérica. Me siento muy privilegiado por haber sido una parte de la historia contra la enfermedad de Chagas. Tuve la oportunidad de vivir en Guatemala, Honduras y El Salvador, y trabajar con el personal de control de vectores de estos países. Como coordinador regional para los proyectos de JICA, pude interactuar con los equipos de control de la enfermedad en Panamá, Nicaragua, Costa Rica y Belice. Todos los equipos con los que trabajé son muy comprometidos y trabajan muy duro. Vine a Centroamérica como asesor, pero aprendí mucho de mis colegas y amigos centroamericanos. Quisiera resumir mis pensamientos así:

- ▶ Apoyo de la Cooperación Internacional a la IPCA
- ▶ Armonización interagencial de la cooperación
- ▶ Logros en Centroamérica
- ▶ Importancia de la IPCA como Iniciativa subregional

Apoyo de la Cooperación Internacional a la IPCA

Una de las lecciones importantes que aprendió la cooperación internacional de la IPCA, fue el respeto por la experiencia local y liderazgo. Las agencias de cooperación y las ONGs, diseñan sus proyectos de acuerdo a las metas y estrategias de la IPCA, y utilizan el conocimiento y experiencia local para ejecutar los proyectos de control de la enfermedad de Chagas. La cooperación internacional, utiliza el sistema de salud existente lo mas que se pueda y evitan desarrollar un sistema paralelo para ejecutar el proyecto. Uno de los retos fue como aumentar el número de agencias de ayuda que brinden asistencia para el control de la enfermedad de Chagas. En este momento, JICA y ACDI quedan como principales cooperantes ya que MSF, quienes ejecutaron excelentes proyectos en Honduras, Guatemala y Nicaragua, finalizaron los proyectos en el año 2005. Se ha obtenido cooperación no internacional para Costa Rica y Belice, además del continuo apoyo de la OPS. Necesitamos acercarnos a otras agencias para obtener apoyo en el control de la enfermedad de Chagas, como parte de control de las enfermedades olvidadas.

Armonización interagencial de la cooperación

La armonización entre donantes ha emergido bajo la IPCA. Se originaron diferentes tipos de armonización en Centroamérica, tales como bilateral-internacional (JICA-OPS), bilateral-bilateral (JICA-ACDI), bilateral-ONG (JICA-MSF), y triangular (PAHO-JICA-ACDI). Las razones principales de tan exitosa armonización son: la existencia de estrategias y metas claras; el rol coordinador y catalizador de la OPS especialmente en Honduras y la comunicación frecuente entre los diferentes coordinadores de proyectos de las diferentes agencias. La armonización de la cooperación en Honduras para el control de la enfermedad de Chagas fue presentada en la reunión internacional de cooperantes del 2005, como un “modelo de armonización de cooperantes”.

Logros en los Países Centroamericanos

El control de la enfermedad en Centroamérica fue significativo. Se alcanzó una reducción considerable de *R. prolixus* en menos de dos años en Guatemala y se observó un sinergismo entre los participantes que trabajan para lograr la eliminación de *R. prolixus*. El éxito en Guatemala creó una competencia sana entre los países centroamericanos, dando como resultado la eliminación de *R. prolixus* en El Salvador y una significativa reducción de la especie en Honduras y Nicaragua. El control de *T. dimidiata* sigue siendo un reto, el control sostenible de *T. dimidiata* ha sido probado en Guatemala, El Salvador y Honduras, pero necesitamos monitorear la efectividad a largo plazo, ya que siempre existe la posibilidad de una reinfestación.

Importancia de la IPCA como iniciativa subregional

En la última década, la IPCA ha jugado un importante rol, sirviendo como motor de todas las iniciativas de la región. La IPCA era la única iniciativa con recursos y realizaba masivas campañas de control vectorial en más de 3 países. La IPCA también cumplió un importante rol, proveyendo una oportunidad de realizar una competencia sana entre los países, monitoreo mutuo, evaluación del progreso y desarrollando actividades conjuntas contra la enfermedad de Chagas.

La cooperación internacional siempre tiene un final. La cooperación de JICA probablemente finalice antes del 2015. El mayor reto es hacer sostenible, la prevención y el control de la enfermedad de Chagas. Una de las esperanzas para alcanzar la sostenibilidad, es institucionalizar las acciones contra la enfermedad de Chagas, como crear una rutina en la comunidad, para celebrar el día o la semana de Chagas. Esta idea fue discutida en el año 2009, durante la reunión conjunta de todas las Iniciativas en la ciudad de Belém en Brasil, durante la celebración del centenario del descubrimiento de la enfermedad de Chagas.

*** Ex Experto de JICA.**

Investigador, Universidad de Tokio

E-mail: junnakagawa@hotmail.com

10.6 Una visión de la Iniciativa de los Países de Centro América para la Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas IPCA, Gilles de Margerie*

Todos reconocemos que las enfermedades transmitidas por vectores como la enfermedad de Chagas se concentran en zonas geográficas que no respetan las fronteras. Sin embargo, debido a las estructuras políticas de los países involucrados así como de la cooperación internacional, la organización de nuestros esfuerzos se define principalmente por país. Por lo tanto, instancias de intercambio como la Iniciativa de los Países de Centro América para la Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas IPCA se vuelven esenciales para promover estrategias congruentes entre los países afectados. Las experiencias de la Iniciativa de los Países del Cono Sur (INCOSUR) nos

enseñan que el intercambio de experiencias técnicas y la coordinación de esfuerzos pueden generar grandes logros en la prevención y control de la enfermedad de Chagas. Así, la IPCA tiene un rol importante como punto focal: las experiencias de INCOSUR han sido compartidas con los actores de la IPCA, para garantizar una calidad máxima y una coordinación regional de las intervenciones. Más allá del nivel técnico, la IPCA sirve también para fomentar compromisos políticos a diferentes niveles. A nivel de cada país, la definición de prioridades compartidas de ésta Iniciativa como resultado de cada evaluación anual exige un compromiso político. Se fomenta también entre los países una responsabilidad compartida frente a objetivos comunes, y esto sirve para solicitar apoyo de las instancias de Cooperación Internacional.

Tuve el privilegio de coordinar, de 2002 a 2005, las actividades de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI) en apoyo y reforzamiento del Programa Nacional de Chagas en Honduras. En 2002 encontramos a nivel nacional, una gran voluntad política de parte del nuevo gobierno y una capacidad técnica sumamente alta, tanto a nivel del Programa Nacional como del Laboratorio Nacional de Referencia de la Secretaría de Salud. De la Cooperación Internacional, se encontró de parte de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) una gran voluntad y experticia y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) un decidido respaldo a Honduras. Esa coyuntura idónea hizo que el apoyo de ACDI y de la cooperación en general se concentraran bajo el liderazgo del Programa Nacional en su Plan Estratégico Nacional de Chagas, documento que enmarcó desde entonces el apoyo de otros donantes como el Banco Interamericano de Desarrollo y la participación de ONGs internacionales como Visión Mundial y CARE.

Es con la fuerza de ese apoyo de ACDI, JICA y OPS que Honduras llegó a las reuniones de la Iniciativa compartiendo e intercambiando con los otros países que conforman la IPCA la experiencia acumulada de nuestras actividades. Con esa visión, ACDI y otros donantes ofrecieron su apoyo para la organización de las reuniones anuales de la IPCA. Pudiendo así compartir el rigor técnico de la planificación, así como las experiencias exitosas y los desafíos técnicos encontrados. A nivel político, Honduras llevó siempre otro mensaje a los demás países: una voluntad política comprometida y una planificación rigurosa, en que la cooperación internacional llega a promover una participación más armonizada, basada en objetivos compartidos. Así, la Iniciativa sirve como foro de promoción política donde cada país y Centroamérica pueden solicitar un apoyo más fuerte y más armonizado de parte de la cooperación internacional.

Desde nuestra perspectiva, la participación de ACDI en las reuniones de la IPCA nos dio la oportunidad de comunicar a los demás países de Centro América, que nuestra cooperación puede responder positivamente a la solicitud de un país cuando hay una voluntad política fuerte de parte de los gobiernos y compromisos técnicos reales de parte de sus Ministerios.

Participar en IPCA fue un gran privilegio para mí, tanto a nivel profesional como personal. Ver a los expertos y a los responsables de programas tan comprometidos frente un objetivo común, nos anima a todos y garantiza los logros futuros.

***Coordinador en Salud de ACDI en Honduras, 2002-2005**

E-mail: gdemargerie@gmail.com

10.7 Doce años de la Iniciativa de los Países de América Central para la Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas IPCA, Tomoyuki Odani*

A nombre de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón, me complace expresarles nuestras congratulaciones en ocasión del décimo segundo aniversario de la IPCA. JICA inició la cooperación relacionada a las enfermedades tropicales con el abordaje de la Oncocercosis en la década de los años setenta en Guatemala, luego desde 1991 con contrapartes guatemaltecos de la Universidad San Carlos se trabajó en el proyecto de estudio de las enfermedades tropicales en el cual, entre otros temas se abordó el de la enfermedad de Chagas y se consolidó la metodología del control vectorial, la cual luego se tradujo de forma más dinámica en el terreno guatemalteco en el proyecto de control de la enfermedad de Chagas en el mismo país desde 2002. Actualmente la cooperación de JICA en el tema de la enfermedad de Chagas se lleva a cabo en 4 países: Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua. Merece una especial mención el logro de la interrupción de transmisión por *Rhodnius prolixus* en Guatemala en 2008, donde la cooperación de JICA fue aceptado por los contrapartes guatemaltecos y sus comunidades.

Uno de los aportes más importantes de la IPCA ha sido el de brindar una plataforma regional para el control de la enfermedad, tanto a los países miembros como a las organizaciones internacionales, una plataforma de actuaciones regionales en donde cada uno de los países con observaciones de sus miembros pueden reflexionar sobre su situación y retos con miras al objetivo establecido por común acuerdo, todo lo cual para las organizaciones internacionales sirve para planificar la estrategia de cooperación deliberando in situ con contrapartes de los países miembros. El compartir obstáculos, sus posibles soluciones y logros entre los países que enfrentan el mismo reto genera solidaridad, emulación y motor de fuerza que se convierte en la corriente sinérgica y más dinámica para el común objetivo. IPCA sentó esta plataforma de oportunidad. Esperamos continuar colaborando con la Iniciativa y con los países con miras a lograr la eliminación de la transmisión vectorial en la subregión.

***Director Asistente, División 4 de Salud, Departamento de Desarrollo Humano
Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)**

E-mail: Odani.Tomoyuki@jica.go.jp

10.8 Visión de la IPCA , ACDI, Willow Minaker*

Desde el año 2003, Canadá, a través de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional ACDI, ha estado apoyando al Gobierno de Honduras en la implementación de su plan nacional para prevenir y controlar la enfermedad de Chagas. La primera fase del Plan Estratégico Nacional para la Enfermedad de Chagas (PENCHAGAS 2003-2007) fue un modelo de cooperación armónica. ACDI, JICA, OPS y numerosas ONGs nacionales e internacionales (CARE, Plan Internacional, Visión Mundial, COTEDIH y Fundación MB, entre otras) coordinaron esfuerzos para apoyar la lucha de la Secretaría de Salud de Honduras contra la enfermedad de Chagas. Las acciones claves de esta estrategia incluyeron: diagnóstico y tratamiento etiológico de la población menor de 15 años infectada, rociamiento de viviendas con insecticidas, promoción de la salud, monitoreo, vigilancia epidemiológica con participación comunitaria y mejoramiento de vivienda.

El apoyo de Canadá al plan nacional implicó proveer bienes e insumos como insecticidas, vehículos de dos y cuatro ruedas, reactivos de diagnóstico, equipo de laboratorio y material educativo. Este apoyo mejoró la capacidad de respuesta de los trabajadores de la salud para llevar a cabo las intervenciones en comunidades remotas.

El apoyo se enfocó en los departamentos de Olancho, Santa Bárbara, e Intibucá. Se realizaron pruebas serológicas en menores de 15 años y todos aquellos que presentaron resultados positivos fueron tratados y posteriormente declarados curados. Las infestaciones de las viviendas por los insectos vectores de la enfermedad disminuyeron dramáticamente en las áreas intervenidas. Las actividades de prevención y control por parte de voluntarios y voluntarias comunitarios entrenados se han institucionalizado en las comunidades.

Las acciones coordinadas de donantes, sociedad civil y la Secretaría de Salud bajo PENCHAGAS 2003-2007 han permitido que Honduras, este cercana a obtener la certificación de Interrupción de la Transmisión de la enfermedad de Chagas por el principal vector *Rhodnius prolixus*.



Rociado de viviendas con insecticidas.



Niños y niñas del municipio de San Francisco de Opalaca, Intibucá, Honduras recibiendo una misión de ACDI.

A pesar de los muchos éxitos, en 2007 todavía queda mucho por hacer. Para continuar con el abordaje de este problema, la Secretaría de Salud desarrolló una segunda fase del plan: Estrategia Nacional para Prevención y control de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis (PENCHALE 2008-2015) que junto con la expansión del alcance del programa de Chagas, reconoció el valor de incluir también leishmaniasis dado el perfil y las estrategias semejantes de ambas enfermedades. En marzo del 2010, ACDI aprobó CDN\$18.8 millones para apoyar la implementación de esta segunda fase.

La estrategia nacional de Honduras para combatir la enfermedad de Chagas es considerada un modelo y ha sido desarrollada en base a lecciones aprendidas, aportes y apoyo de colegas en la IPCA. Las reuniones anuales de la IPCA han provisto un foro importante para compartir información y lecciones aprendidas de otros países de América Central, así como aprender de la experiencia de los países sudamericanos, algunos de los cuales han enviado expertos para participar en estas reuniones. Las reuniones de IPCA se utilizan para medir progreso, compartir experiencias y revisar evidencia científica, promueven el intercambio de conocimientos y experiencias para fortalecer la prevención y las estrategias de control. Quizás más importante aún, las reuniones de la IPCA aseguran un enfoque comprehensivo y coherente de toda la subregión centroamericana. La reunión anual de la IPCA ha facilitado un foro no solo para aprendizaje compartido y revisión entre pares, sino para asegurar responsabilidad mutua.

Canadá ha apoyado técnica y políticamente a la IPCA, ha provisto apoyo en la preparación de las reuniones anuales de la Iniciativa, ha participado activamente en este foro, financiando delegaciones participantes, facilitando opiniones de expertos y ha apoyado esta Iniciativa a través de la firma de resoluciones en la Asamblea Mundial de la Salud. En esta nueva fase de cooperación con el Gobierno de Honduras, Canadá aspira continuar su apoyo a estos importantes esfuerzos multinacionales para lograr la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas.



VIII Reunión anual de IPCA – Tegucigalpa, Honduras 2005

***Segunda Secretaria de Cooperación
Embajada de Canadá, Honduras
E-mail: willow.minaker@international.gc.ca**

10.9 Una Visión de la IPCA, Roberto Salvatella Agrelo*

La IPCA fue la segunda Iniciativa Subregional de Prevención, Control y Atención de la Enfermedad de Chagas que se puso en marcha, para las Américas. Constituyó un esfuerzo importante de los países de la Subregión Centroamericana, entre los cuales, muchos de ellos, carecían o tenían poca experiencia y tradición en el tema. Había nuevos desafíos, en un área donde más de un triatomino vector representaba un riesgo para la población, pese a que *Rhodnius prolixus* constituyera la mayor amenaza para los domicilios infestados, y el tamizaje de Chagas en banco de sangre no lograba la cobertura universal en algunos casos o no existía en otros

Varios programas nacionales debieron organizarse desde poco o nada, y se debía agrupar fuerzas con base en las personalidades que trabajaban y aún trabajan en investigación, control o atención de la enfermedad de Chagas para la Subregión. Pero los países, en un trabajo constante y notable, se dieron una organización y una cooperación técnica entre países, para lo que convocaron y forjaron situaciones especialmente favorables:

- ▶ Excelente convocatoria y manejo de la cooperación técnica internacional (OPS, JICA, ACDI, IDRC, MSF, entre otros)
- ▶ Fortalecimiento de instituciones y estructuras de apoyo
- ▶ Empleo y gestión inteligente y oportuna de proyectos de Cooperación Técnica entre Países de OPS (TCC)
- ▶ Desarrollo y aplicación de estrategias propias de prevención y control;
- ▶ Control de calidad de las acciones emprendidas y ejecutadas;
- ▶ Continuidad de acciones y cooperación de esfuerzos nacionales complementarios.

Este trabajo sostenido y sustentable, redundó en claros resultados:

- ▶ Al 2010 prácticamente hay una desactivación de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus* que fuera el principal vector de la endemia en la Subregión
- ▶ Interrupción de la transmisión vectorial de *T.cruzi* en Guatemala
- ▶ Interrupción de la transmisión vectorial de *T.cruzi* en Honduras, prácticamente alcanzada
- ▶ Interrupción de la transmisión vectorial *T.cruzi* en Belice, prácticamente alcanzada
- ▶ Eliminación de *R.prolixus* en El Salvador
- ▶ Se esboza la eliminación de *R.prolixus* en el norte de Nicaragua
- ▶ Los siete países miembros de la IPCA poseen tamizaje serológico universal para *T. cruzi* en todos los bancos de sangre públicos y privados de la Subregión
- ▶ Mejora notable en cobertura y calidad de la atención de los pacientes infectados por *Trypanosoma .cruzi*.

Mucho se ha hecho y mucho se ha logrado, pero subsisten problemas que se deben enfrentar y desafían el esfuerzo de los países y su Iniciativa Subregional:

- ▶ Abordaje de *Triatoma dimidiata* vector autóctono en toda la Subregión
- ▶ Abordaje de *Rhodnius pallescens* en Panamá;
- ▶ Incrementar a atención médica de la enfermedad de Chagas
- ▶ Implementar acciones y programas de acción, donde aún no los hay
- ▶ Mantener el tamizaje serológico para *T. cruzi* en los bancos de sangre

Pero la IPCA ha sido es y será, para la Subregión y la Región de las Américas un laboratorio donde crear estrategias y herramientas, una escuela donde los recursos humanos de la Subregión intercambian y se fortalecen; una gerencia colectiva de supervisión y evaluación de lo actuado; y fundamentalmente un apoyo para todos sus miembros, marcando el camino de la sustentabilidad y la calidad en prevención, control y atención de la Enfermedad de Chagas. La endemia chagásica en Centro América ya no es lo que era en 1997, cuando IPCA comenzó a funcionar. El trabajo de muchos, desde la planificación, el laboratorio, la tarea de campo o la enseñanza, entre otras áreas posibles, ha hecho posible el logro de que la incidencia y la prevalencia se derrumben en los grupos etáreos más jóvenes de las poblaciones de riesgo.

La buena voluntad y el trabajo de una asociación de países con fines de cooperación mutua, ha obrado el logro y el milagro.

***Asesor Regional de OPS en Prevención, Control y Atención de la Enfermedad de Chagas. Montevideo, Uruguay**
E-mail: salvater@uru.ops-oms.org

*10.10 Una perspectiva del proceso de la eliminación de la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad de Chagas dentro de la Iniciativa de los Países de Centro América (IPCA), Enrique Gil Bellorín**

Desde hacía varias décadas antes del lanzamiento de la IPCA, unos pocos investigadores en Centro América habían estado desarrollando, con muy pocos recursos, una serie de estudios de investigación con alto rigor científico, que generaron información sobre la existencia de vectores y la transmisión de la enfermedad de Chagas, además se experimentaron en algunas zonas el uso del tratamiento existente a nivel mundial en ese momento que generó el conocimiento para la definición de estrategias de prevención, control, diagnóstico, tratamiento y la movilización de voluntad política nacional e internacional para colocar la presencia de la enfermedad de Chagas como uno de los eslabones dentro del ciclo de la pobreza y que exigía un compromiso de todos los sectores públicos, privados, agencias de cooperación y gobiernos amigos de invertir con responsabilidad y convicción en beneficio de la población más pobre y con menos oportunidades de la subregión. Estos esfuerzos puntuales y focalizados solamente en algunos países de Centro América fueron vistos, por algunos, como ejercicios meramente científico-académicos, y por otros, como la generación de un semillero de conocimientos y evidencias que tarde o temprano daría los frutos anhelados, y que si no hubiera sido por la insistencia y perseverancia de estos conocidos investigadores y servidores públicos no estaríamos escribiendo hoy estas líneas que son una muestra de celebración y éxito de una misión cumplida llevada adelante por varias generaciones de profesionales y técnicos.

No podemos dejar de mencionar el gran apoyo recibido de nuestros países amigos de América del Sur, que ya habían recorrido un largo camino de experiencias y éxitos, que estuvieron siempre presentes para compartir, capacitar y acompañar muy de cerca los incipientes programas de control de vectores o de Chagas que algunos países estructuraron como respuesta a esa demanda sentida por la población, momentos en los cuales, la presencia de la OPS/OMS con sus distintos cuerpos directivos, técnicos y financieros estuvieron presentes para respaldar ese compromiso político subregional y regional, facilitar el intercambio de experiencias entre países, desarrollar las capacidades de sus recursos humanos y fortalecer las instituciones nacionales para que pudieran garantizar una aplicación efectiva y sostenible de las ya conocidas y probadas estrategias de control y eliminación. En la década de los 90s, un grupo de experimentados científicos y técnicos de países de América del Sur junto a la OPS, proponen a los gobiernos de los países integrados subregionalmente en el Mercosur, la conformación de una Comisión Intergubernamental para liderar y conducir la Iniciativa del Cono Sur para la eliminación de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas (INCOSUR) y teniendo como Secretaría Técnica a la OPS. Después de algunos años de funcionamiento, fue trasladada esa misma experiencia exitosa a otras subregiones de las Américas y nacen varias Iniciativas entre ellas la de los Países de Centro América (IPCA) para los finales de los años 90. No cabe la menor duda que el nacimiento de la IPCA dentro del marco de los procesos de integración centroamericana, obtuvo ese respaldo político y técnico de los gobiernos de los países, que fue el sustrato para la

generación de procesos técnicamente ordenados y políticamente respaldados para mostrar una imagen de compromiso nacional y producir la confianza a nivel internacional que facilitó la movilización de los recursos financieros multilaterales y bilaterales.

El compromiso asumido por los países, la emisión de resoluciones del Consejo Directivo de la OPS y la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, la incorporación del tema dentro de la agenda de la Reunión del Sector Salud de Centro America y Republica Dominicana (RESSCAD) marcaron la pauta para el establecimiento de una Comisión Intergubernamental que lideró el proceso de trabajo político y técnico, promovió la organización del trabajo al interior de cada uno de los países, organizó reuniones anuales con sede rotatoria para monitoreo y evaluación de los avances en el cumplimiento de las metas, capacitó al personal técnico nacional, desarrolló nuevas herramientas de diagnóstico, tratamiento y control, movilizó recursos humanos internacionales para acompañar a los países en actividades de evaluaciones externas y transferencia de capacidades, gestionó ante organismos de cooperación nacional e internacional la movilización de recursos financieros, para que todo eso se conjugara y permitiera la ejecución de intervenciones técnicamente efectivas, socialmente aceptables y estratégicamente sustentables.

Al interior de los países, la movilización y participación activa de otros sectores públicos, sectores académicos, ONGs, sector privado y la sociedad civil en los niveles comunitarios, involucraron a la participación también activa de los gobiernos municipales, las escuelas, los líderes comunitarios, las familias y los enfermos, a profundizar y consolidar los procesos de reforma del sector salud que involucraba resaltar el rol rector del sector salud, la descentralización técnico-administrativa, la participación activa de los gobiernos municipales, la integración de intervenciones verticales en los servicios de salud, la participación comunitaria y el control social de la gestión, fórmula que dio como resultado un exitoso proceso estratégico coordinado que permitió el logro de las metas y avanzar sobre el camino de la sustentabilidad de las acciones y los resultados.

Hoy debemos celebrar y felicitar a todos los involucrados en todo este proceso, a los gobiernos participantes de la IPCA, a la OPS/OMS, gobiernos de Japón, Taiwán, Canadá, España, a las instituciones nacionales y ONGs, por haber alcanzado la eliminación de la transmisión de *Trypanosoma cruzi* por transfusión sanguínea en los siete países que conforman la IPCA, la eliminación de la transmisión de Chagas por *Rhodnius prolixus* en Guatemala y El Salvador, tener la seguridad que Honduras también lo consiguió y consolidar éste éxito próximo a ser alcanzado por Nicaragua. Queda trabajo todavía por hacer, para mantener el éxito, pero, lo que si podemos garantizar actualmente es que las nuevas generaciones de ciudadanos, principalmente los mas pobres, de los países de Centro América no serán más infectados por transmisión vectorial y transfusional que eran las dos vías responsables de mas del 95% de los casos.

***Gerente de Área de Prevención y Control de Enfermedades y Desarrollo Sostenible. Representación de OPS/OMS en Brasil.**
E-mail: gilenriq@bra.ops-oms.org

10.11 Visión y desarrollo de la Iniciativa de los Países de América Central para la prevención y control de la enfermedad de Chagas (IPCA), Rafael A. Cedillos*

Los ministros de salud de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, reunidos en Belice en septiembre de 1997, emitieron la Resolución No. 13 dirigida a promover el control de la enfermedad de Chagas en Centro América. En octubre de ese año, los delegados de los gobiernos de la subregión participantes en la *“Reunión sobre vectores de la enfermedad de Chagas en los países de Centro América”*, realizada en Tegucigalpa, Honduras del 22 al 24 de octubre, acordaron crear la *“Iniciativa para el control de la enfermedad de Chagas en los países de Centro América (IPCA)”*.

El desarrollo del programa de control de la enfermedad de Chagas en Centro América ha alcanzado importantes logros, pero la situación difiere mucho de un país a otro, a pesar de la motivación y esfuerzo de las reuniones periódicas de la IPCA. Ello podría estar condicionado; por la magnitud del problema de la enfermedad, que es una enfermedad crónica, de los pobres y desatendida o “escondida”, que demanda recursos económicos y técnicos importantes a las autoridades de salud. Debido a que ningún país de la subregión cuenta con los recursos suficientes para cubrir todas las necesidades sanitarias, se hace imprescindible comprender los elementos que inciden en los costos (recurso humano, servicios y suministros) que demanda el combate integral de las enfermedades prevalentes en el primer nivel de atención en salud.

No obstante, la experiencia obtenida por los países donde se ha sistematizado la cooperación externa de Japón, Canadá, Taiwán, Suecia y otros países, ha sido valiosa para desarrollar progresivamente acciones integradas de control, entre las cuales destacan: la identificación de la población en riesgo, ejecución de estudios entomológicos y serológicos de base, rociamiento de insecticidas de acción residual, tratamiento etiológico de niños menores de 15 años infectados, acompañadas todas ellas, en el marco de la atención primaria, con educación en salud y vigilancia epidemiológica, entomológica y serológica con participación activa de la comunidad.

Este enfoque, que promueve la integración de la familia, los centros escolares, las autoridades locales y líderes comunitarios, se ha traducido en logros significativos para avanzar en el control y vigilancia de la enfermedad de Chagas en Centro América.

Logros alcanzados

- ▶ Estratificación progresiva de áreas con mayor riesgo de transmisión vectorial.
- ▶ Incremento progresivo del rociado del insecticidas de acción residual de viviendas y localidades, y la respectiva evaluación post-control

- ▶ Desarrollo de un programa de educación y promoción de la salud, en coordinación con el Ministerio de Educación, para asegurar el empoderamiento del programa de control por las comunidades.
- ▶ Detección y tratamiento de casos agudos de la enfermedad, y de niños menores de 15 años infectados por *T. cruzi*.
- ▶ Ejecución del tamizado serológico de *T. cruzi* en donantes de sangre, con 100% de cobertura en todos los países.
- ▶ Interrupción de la transmisión del parásito por *R. prolixus* en Guatemala, Honduras y Nicaragua, y su eliminación en El Salvador.
- ▶ Desarrollo en algunos países de un Sistema de Información electrónico para monitorear el control y vigilancia de la enfermedad de Chagas, que incluye a otras enfermedades transmitidas por vectores.
- ▶ Ejecución de proyectos de investigación operativa sobre la enfermedad de Chagas y su transmisión, en colaboración con institutos de educación superior.

Merece mencionar como comentario final, la necesidad detectada en varios países de nombrar un Coordinador a nivel central, para monitorear, supervisar y evaluar el desarrollo del programa, conjuntamente con el Asesor Técnico del proyecto de cooperación externa implicado, y asegurar así, la sostenibilidad de los logros alcanzados. ¡Es estimulante sentir el entusiasmo y empoderamiento del personal de salud que labora en el control y vigilancia de la enfermedad de Chagas!

***Consejo de Investigaciones Científicas de la Universidad de El Salvador
San Salvador, El Salvador
E-mail: rcedillos@navegante.com.sv**

10.12 Visión de la IPCA, Concepción Zuniga Valeriano*

La enfermedad de Chagas, es un flagelo que durante años, ha afectado a la población latinoamericana, descubierta y descrita en 1909 en Brasil, el segundo país en reportarla fue El Salvador en 1913 y posteriormente se fue reportando en otros países de América Latina reconociéndose la magnitud del problema desde el punto de vista de salud pública. Esta enfermedad está relacionada directamente con la pobreza, afectando a grupos de población cuyas viviendas precarias en áreas con condiciones ecológicas y climatológicas favorecen la colonización de los vectores dentro de la vivienda.

Uno de los dos vectores de mayor importancia epidemiológica *Rhodnius prolixus* fue introducido en los inicios del siglo pasado en Centro América, vector que se vino a alojar en las viviendas con techo de material vegetal predominantes en las zonas más pobres de los países de la subregión, dispersándose en áreas de El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y la provincia de Guanacaste en Costa Rica. Desde el punto de vista biológico, éste vector introducido, es muy efectivo para transmitir el parásito que produce la enfermedad y ha sido el responsable de la mayoría de las infecciones ocurridas en Centro América.

Este serio problema de salud pública y las limitaciones económicas de los países de Centro América condujo a llevar a cabo un esfuerzo conjunto de las subregión con apoyo financiero y técnico de la cooperación internacional para la prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas y hacerle frente común a ésta enfermedad de transmisión vectorial que no está limitada por fronteras políticas. Este esfuerzo conjunto es conocido como la Iniciativa de los Países de Centro América IPCA. Inicialmente los siete países de América Central recibieron un apoyo del gobierno de Taiwán en el año de 1998, apoyo que permitió iniciar actividades para cubrir en parte las demandas de la población. Posteriormente dos proyectos llevados a cabo por la Secretaría de Salud de Honduras con apoyo de Médicos Sin Fronteras (1999–2002) han sido la base para el desarrollo de la estrategia de diagnóstico y tratamiento etiológico en los menores de 15 años infectados. En el año 2000 la Agencia de Cooperación Internacional del Japón JICA inicia su apoyo a Guatemala y extiende su cooperación en el año 2003 apoyando en Honduras el Plan Estratégico Nacional de Chagas y al Ministerio de Salud de El Salvador. El apoyo de ésta agencia ha sido de vital importancia para el cumplimiento de los objetivos propuestos tanto a nivel de país como de la Iniciativa de los Países de América Central. En Honduras la Agencia de Cooperación Canadiense de Desarrollo Internacional ACDI, se suma a esta causa en el año 2004, formando también parte del equipo que logró cumplir con los objetivos de este plan. La IPCA ha contado con el invaluable apoyo de la Organización Panamericana de la Salud , Organización que ejerce la Secretaría Técnica de la Iniciativa.

La Iniciativa de los Países de Centro América tiene excelentes logros técnicos y un mayor compromiso de los países miembros asignando presupuestos como contraparte a la cooperación internacional:

- ▶ Certificación de la interrupción de la transmisión por *Rhodnius prolixus* en las Repúblicas de Guatemala y El Salvador
- ▶ Certificación de la eliminación de *R. prolixus* en la República de El Salvador
- ▶ Certificación en proceso de la interrupción de la transmisión por *Rhodnius prolixus* en las Repúblicas de Honduras y Nicaragua
- ▶ Homologación de normas para la prevención y control de esta enfermedad (control de la transmisión vectorial y transfusional, tratamiento etiológico, vigilancia epidemiológica)
- ▶ Eliminación de la Transmisión transfusional al mantener el tamizaje serológico de la sangre, en los bancos de sangre públicos y privados
- ▶ Llevar el tema de la enfermedad de Chagas y de la IPCA a la palestra política subregional Reunión del Sector Salud de Centro América y República Dominicana (RESSCAD, y a el Sistema de Integración de Centro América (SICA) en donde se ha reconocido la importancia que tiene el control de esta enfermedad.

La IPCA forma parte de otras iniciativas subregionales para la prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas incluyendo una iniciativa global en los países no endémicos, principalmente, aquellos que reciben inmigrantes de países endémicos La IPCA, ha logrado conjuntar los esfuerzos aislados que se realizaban en

los 7 países que la conforman. Se ha logrado armonizar la cooperación internacional, volviéndola más efectiva y dirigida a cumplir con los objetivos. Creemos que todavía falta mucho por hacer y es necesario que los gobiernos de los países miembros, la Secretaría Técnica y la cooperación internacional sigan apoyando éste exitoso proceso y no dejar la agenda inconclusa en la cual se ha invertido, mucho trabajo, tiempo y recursos.

***Jefe Programa Nacional Enfermedad de Chagas de Honduras**
E-mail: concepcionzuniga@gmail.com

11 ARMONIZACION DE LA COOPERACION

Coordinación Interagencial: 12 años de IPCA José Fiusa Lima*

Una de las mejores experiencias que he tenido en mi vida profesional fue haber trabajado en Honduras durante el periodo de junio de 2004 a diciembre de 2006, como Representante de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. En el año 2005 escribí en la Introducción del documento *“Enfermedad de Chagas: Modelo de Armonización de la Cooperación Interagencial”*: *“El inicio de este esfuerzo conjunto es relativamente reciente, pero los resultados obtenidos hasta la fecha nos permiten visualizar de forma optimista un futuro positivo para la resolución de este importante problema de salud”*. Haber tenido la oportunidad de participar de un esfuerzo colectivo de agencias internacionales a favor de la Salud Pública de este país ha sido un motivo de satisfacción profesional y personal.

Honduras por sus características especiales, con problemas económicos y sociales ha tenido la capacidad de enfrentar un grave problema de salud pública, común a varios países de las Américas: la enfermedad de Chagas. Pero, también ha tenido la capacidad de resolver en gran medida este problema con la interrupción de la transmisión del agente causante de la enfermedad de Chagas por *Rhodinus prolixus* el principal vector en Centroamérica. En este breve relato busco analizar el esfuerzo de las autoridades nacionales y el apoyo que varios organismos internacionales brindaron al país en los últimos doce años para el combate a esta enfermedad.

Cuando hablamos de Coordinación Interagencial es necesario aclarar que esta coordinación solo es posible si las autoridades nacionales en sus niveles políticos, técnicos y gerenciales, asumen una posición de búsqueda de soluciones a un determinado problema, definiendo prioridades y transformando estas prioridades en acciones concretas. Para esto es necesario algunos requisitos.

- ▶ Que el país tenga claridad en sus objetivos a través de una programación con definición clara de objetivos y metas.
- ▶ Que el país tenga liderazgo y pleno conocimiento sobre el tema
- ▶ Que las agencias internacionales dejen de tener sus intereses institucionales y se fijen en los intereses nacionales que puedan beneficiar las poblaciones más excluidas
- ▶ Que las agencias internacionales tengan objetivos comunes y que coordinen los mismos.
- ▶ Que las agencias que participen mantengan el mismo enfoque sobre el tema de control de la enfermedad de Chagas, independiente de cambios administrativos que ocurren periódicamente.
- ▶ Que, finalmente este conjunto de supuestos determinan los recursos financieros y humanos necesarios para el desarrollo de un programa de salud pública, tanto por parte de la agencias como del país.

Todos estos requisitos fueron obtenidos en Honduras, inicialmente con una definición clara por parte del Ministerio de Salud en crear un Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas con objetivos bien definidos y que permitió que varias agencias internacionales, bilaterales y multilaterales creasen una Mesa Interagencial para apoyar esta prioridad del país. Participaron y participan de este esfuerzo: Agencias Internacionales, Organismos Nacionales y ONGs. Para realizar este esfuerzo Interagencial, la Organización Panamericana de la Salud, OPS fue indicada por las demás agencias como la coordinadora de la Mesa. Los hechos que determinaron el avance de esta coordinación interagencial, pueden ser resumidos así:

- ▶ Definición clara de responsabilidades, tanto por parte del Ministerio de Salud de Honduras como de las agencias.
- ▶ Normas técnicas compartidas con todas las agencias y ONGs bajo la coordinación del Ministerio de Salud.
- ▶ Presupuesto de las agencias referentes al Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas, definidos en base a la programación del Ministerio de Salud.

El resultado obtenido por el Programa es en la actualidad reconocido como un verdadero suceso, pues se espera tener a la brevedad (fines de 2010) la evaluación internacional que determinará la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas por *Rhodnius prolixus*, principal vector en el país, verdadero hito de la Salud Pública Hondureña. Por otra parte, indicadores serológicos realizados a través de encuestas en población menor de 15 años muestran una drástica reducción de los índices de infección así como de casos agudos.

***Coordinador Proyecto Chagas BID**
Montevideo, Uruguay. E-mail: fiousajos@hotmail.com



Reunión del Comité de Coordinación de Proyectos JICA y Pro-Mesas/ACDI,
en Apoyo al Programa Nacional de Enfermedad de Chagas
Tegucigalpa, Honduras. Mayo de 2005

12 PERSPECTIVAS FUTURAS DE LA IPCA

Tamara Mancero Bucheli
OPS/OMS - Honduras
Secretaria Técnica - IPCA

Una vez alcanzada una parte substancial de la agenda inconclusa en el tema de Chagas con la desactivación del foco de transmisión centroamericano por *Rhodnius prolixus* y considerando los importantes avances en los otros componentes, es importante mirar hacia el futuro con optimismo, utilizando la experiencia de estos 12 primeros años de la IPCA.

El esfuerzo de la IPCA deberá estar encaminado a:

1. Mantener el logro alcanzado con la eliminación de la transmisión por el vector *Rhodnius prolixus* a través de la vigilancia de la eliminación y de la interrupción de la transmisión por parte del personal institucional y con participación comunitaria. Esto requiere de un alto compromiso del nivel local con apoyo y coordinación del nivel central.
2. Evitar la colonización domiciliar de *Triatoma dimidiata* y fortalecer la investigación operativa para caracterizar la transmisión de Chagas por este vector y dirigir los esfuerzos para alcanzar a la interrupción de la transmisión en Centroamérica por este vector.
3. Identificar la magnitud de los focos existentes por *R. pallescens* y otros vectores y definir estrategias creativas y duraderas para evitar su visita y colonización en las viviendas.
4. El tamizaje universal de los donantes de sangre para evitar la transmisión transfusional, requiere el mantener el logro alcanzado, sin embargo es necesario fortalecer el control de calidad del tamizaje. Los criterios que permitan certificar la interrupción de la transmisión transfusional, deben ser consensuados (esto incluye el consenso de indicadores, metodologías y estudios) para dotar de evidencia sobre el estado de transmisión por esta vía.
5. Fortalecer los servicios de salud para reducir al máximo el tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento etiológico de los casos. Este esfuerzo amerita una coordinación adecuada con la unidad de vectores con el fin de asegurar la interrupción de la transmisión vectorial. El tratamiento incluye varios aspectos que necesitan ser fortalecidos como: seguimiento adecuado de las reacciones adversas y evaluación de la eficacia; gestión adecuada de medicamentos y suministros incluidos aquellos de donación y continuar buscando evidencia científica para incorporar nuevas drogas, protocolos y alternativas para el tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas.

6. Fortalecer los servicios de atención perinatal focalizando esfuerzos en las áreas endémicas para vigilar a la madre embarazada y al recién nacido hasta los 6 meses de edad.
7. Fortalecer los servicios de salud (protocolos establecidos y recursos humanos capacitados) para vigilar otras formas de transmisión como es el caso de las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA).
8. Fortalecer los sistemas de información con el grado de desagregación suficiente para tomar decisiones en el nivel operativo y de manera oportuna.
9. Mantener el entusiasmo de los países y continuar con la exitosa armonización del trabajo entre agencias, cooperantes y países

La historia de estos 12 años de la IPCA ha demostrado que es posible alcanzar logros importantes y el futuro es prometedor.

Dr. Delmin Ruben Cury 1948-2009

El Dr. Delmin Ruben Cury nació El 1 de febrero de 1948, en Cabral, Barahona, República Dominicana, graduado de médico en 1975 en la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana, obtuvo su Maestría en Salud Pública con énfasis en Malaria y otras Enfermedades Transmitidas por Vectores en México en 1979. Recibió muchos cursos internacionales entre los que destacan: Enfermedades Parasitarias; Control de Vectores; Epidemiología; Formulación y Evaluación de Proyectos; Metodología Educativa en Salud Pública y Enfoque Lógico para Gestión de Proyectos.

La carrera profesional del Dr Delmin Cury inicia en el Hospital Santo Cristo de los Milagros en Bayaguana, República Dominicana como Médico Asistente del Director y luego como Director del mismo hospital. Desempeñó también el cargo de Médico Epidemiólogo en el Servicio Nacional de la Malaria de República Dominicana y luego el de Director General del Servicio de Malaria y otras Enfermedades Transmitidas por Vectores. En 1989 ingresa a la Organización Mundial de la Salud como Asesor de enfermedades transmisibles con énfasis en el Programa de Lucha antipalúdica en Guinea Ecuatorial, Africa, donde permanece hasta 1993 para regresar a su país como Consultor Nacional de ONUSIDA para VIH/SIDA en la sede de OPS/OMS de República Dominicana. Su carrera sigue en la Organización Panamericana de la Salud como Consultor en Enfermedades Transmisibles en Nicaragua, Honduras y Ecuador en este país también ejerció la Secretaría Técnica de la Iniciativa de los Países Andinos para la Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas IPA. Su carrera termina en su querida República Dominicana en el año 2009 con su muerte. El Dr. Cury fue Secretario Técnico de la Iniciativa de los Países de Centro América IPCA desde 1998 hasta el año 2006, organizando las primeras ocho reuniones anuales de ésta Iniciativa y todas las actividades de la IPCA realizadas en ese período.

El Dr. Delmin Cury también tuvo una amplia actividad docente de nivel superior , fue profesor de Parasitología en cursos de pregrado para carreras del área de la salud, profesor de cursos de Epidemiología para postgrado en la Universidad Eugenio Maria de Hostos, República Dominicana y de Salud Pública para postgrado en la Universidad Autónoma de Santo Domingo. En ésta última ocupó el cargo de Coordinador Ejecutivo de la Unidad de Docencia y postgrado en Ciencias de la Salud y fue Coordinador Jefe del curso Metodología de la Investigación para médicos residentes.

El Dr. Delmin Rubén Cury falleció en Santo Domingo, República Dominicana el 12 de agosto del año 2009. Le sobreviven su esposa Luz Maria y sus hijos Ricardo, Ana y Marnelly. Escribir sobre su persona no es fácil, de manera que transcribimos parte de lo que una prima suya expresara el día de su sepelio y que nos dice tanto.

“Describir la vida de Delmin desde niño sería mas que una biografía, un libro de enseñanza, para que las nuevas generaciones aprendieran a entender el valor del sacrificio personal y sobre todo la forma en que se puede crecer, madurar y progresar sin abandonar los principios, los nobles ideales y cumplir las altas misiones que hoy se vuelven transcendentales en la que fue una vida de fluir constante, de éxito sin perder la humildad, sin arrogancia, de manera ejemplar y sencilla y sobre todo, con mucho amor siendo esta su mejor virtud”

El compromiso y la entrega del Dr. Delmin Cury a la IPCA son invaluable, el recuerdo de su persona y el legado de sus enseñanzas perdurará en todos los trabajadores de la salud pública de los países de Centro América, principalmente en los que trabajan en la prevención y control de la enfermedad de Chagas.



Dr. Delmin Rubén Cury

Dr. Hugo Rafael Álvarez Aragón 1948-2009

El Dr. Hugo Rafael Álvarez Aragón nació El 16 de noviembre de 1948, en la ciudad de Jalapa, ubicada en el oriente de Guatemala, graduado de Maestro de Educación Primaria Urbana, realizó estudios de educación superior en la Facultad de Humanidades de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en donde se graduó de Profesor de Enseñanza Media en Ciencias, especializado en Biología y, continuó su formación en la Facultad de Ciencias Médicas de esa Universidad obteniendo el título de Médico y Cirujano en el año 1977. Amante de la música, durante su época de estudiante fue miembro fundador de la Estudiantina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, donde interpretaba con otros jóvenes de la época, bellas melodías con su mandolina.

Ingresó a laborar en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1977 como Médico Jefe de Distrito. Su capacidad técnica y administrativa, así como su entusiasmo y participación en el trabajo, fueron considerados para su nombramiento como Jefe de Área de Salud de Totonicapán.

En el año 1980, obtuvo una beca para realizar estudios en la Facultad de Ciencias Biosociales y Escuela Graduada de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, graduándose de Maestro en Salud Pública con especialidad en Epidemiología. En 1984 realizó estudios sobre metodología de la enseñanza en salud en la Universidad Autónoma de México. Durante sus 30 años de servicio en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, desempeñó con eficiencia los siguientes cargos: Director Médico de Distrito de Salud; Jefe de Área de Salud; Director del Instituto de Adiestramiento de Personal en Salud; Asesor Específico del Despacho Ministerial; Sub Director de la Unidad de Planificación de la Salud; Director General de Recursos Humanos en Salud; Director de la Unidad de Planificación Estratégica del Ministerio de Salud y Coordinador del Programa ETV/Chagas.

Participó en innumerables actividades de adiestramiento, organizando y coordinando importantes cursos del Ministerio de Salud y Asistencia Social y participando como docente. También se desempeñó como docente en las Universidad de San Carlos y en la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala. De todos los puestos de importancia pública que ocupó y de todos los trabajos que realizó, su trabajo como Coordinador del Programa de Control de la Enfermedad de Chagas, es el que más le satisfizo. El Dr. Hugo Rafael Álvarez Aragón falleció en la ciudad de Guatemala el 9 de julio de 2009. Fue un hombre con alta sensibilidad social. Su dedicación y entrega al trabajo, sencillez y humanismo, dejan huella en la salud pública de Guatemala y en la Iniciativa de los Países de Centro América para la enfermedad de Chagas IPCA. Fue y seguirá siendo, un modelo para su familia, especialmente para su hijo, Bryan Rafael y para todos los que compartieron su trabajo. La Comisión Intergubernamental de la IPCA le rinde tributo a su memoria y recoge su legado.



Dr. Hugo Rafael Álvarez Aragón

14 GALERIA DE FOTOS



Miembros del Consejo del Proyecto Regional “Actividades de Intervención en Enfermedad de Chagas CDIA-EC” Copán Ruinas, Honduras 2004.



Tratamiento Etiológico Nicaragua



Trabajo de Campo Panamá



Trabajo de Campo Honduras



Reunión con la Comunidad de Área Endémica



Rociador de Insecticida Honduras



Visita de evaluación en el campo



Toma de Muestra para estudio serológico



Taller Red ECLAT/JICA, Copán Ruinas Honduras 2007



Maestro Rural Honduras



Escolares Rurales Honduras



Equipo trabajo de campo Guatemala



Organización Panamericana de la Salud



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

