



OPS/DPC/CD/282/04

Informe Final:

**VIª Reunión de la
Comisión Intergubernamental
de la Iniciativa de los Países de Centro América
para la
Interrupción de la Transmisión Vectorial y Transfusional de
la Enfermedad de Chagas (IPCA)**

(Tegucigalpa, Honduras, 8–10 octubre 2003)



**Iniciativa de los
Países de Centro América
para la
Interrupción de la
Transmisión Vectorial y Transfusional
de la Enfermedad de Chagas
(IPCA)**

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); sin embargo todos sus derechos están reservados. Este documento puede ser citado y/o utilizado para reproducción o traducción parcialmente o en su totalidad; no obstante, no puede ser usado para la venta ni con propósitos comerciales. Las opiniones expresadas en este documento son responsabilidad exclusiva de los autores.

Índice

I. Resumen ejecutivo	1
II. Introducción	2
Objetivos	3
Participantes.....	3
III. Informes de los países	4
Belice.....	4
Costa Rica.....	5
El Salvador	6
Guatemala.....	8
Honduras	9
México.....	11
Nicaragua	12
Panamá.....	13
IV. Evaluaciones internacionales.....	14
V. Presentaciones especiales.....	16
Modelos de intervención antivectorial sobre triatominos para optimizar el aumento de cobertura	16
Proyecto Médicos Sin Fronteras/Bélgica y Ministerio de Salud: Municipio de Esquipulas, Departamento de Matagalpa, Nicaragua.....	20
Cooperación de JICA en el Marco de la IPCA	20
Proyecto Médicos Sin Fronteras/España y Ministerio de Salud y Asistencia Social: Municipio de Olopa, Departamento de Chiquimula, Guatemala	20
Características de donantes de sangre seropositivos por agentes infecciosos del Programa Nacional de Sangre de la Cruz Roja Hondureña, 1998-2002	21
Propuesta de un Sistema de Información Geográfico para la IPCA	21
Programa de Implantación de Marcapasos en el Instituto Nacional del Tórax, Honduras	21
Tendencias y prioridades en el diagnóstico serológico de la Enfermedad de Chagas....	22
Control de <i>Triatoma dimidiata</i> en el Departamento de Jutiapa, Guatemala.....	22
VI. Acuerdos y compromisos	23
VII: Recomendaciones	23
Recomendaciones generales	23
Recomendaciones específicas para bancos de sangre	25
Recomendaciones específicas para OPS.....	26
Otras recomendaciones	27
VIII: Anexos	
Anexo I: Agenda.....	29
Primer día: 8 octubre 2003	29
Segundo día, 9 octubre 2003	30
Tercer día: 10 octubre 2003	30
Anexo II: Proyecto <i>Chagas Disease Interventions Activities</i> (CDIA).....	31
Anexo III: Acta de creación de la <i>Red Latinoamericana de Control de Vectores</i> (RELCOV)	32
Anexo IV: Matriz de necesidades en los países de la IPCA preparada por JICA y los delegados de la Comisión Intergubernamental (IC)	33
Anexo V: Lista de participantes	35

I. Resumen ejecutivo

La XIIIª Reunión del Sector Salud de Centroamérica (RESSCA) realizada en 1997 en la ciudad de Belice, los países establecieron la Resolución N° 13 que establece que **el control de la enfermedad de Chagas es una actividad prioritaria para los países de Centroamérica.**

Para el cumplimiento de dicha resolución, los países acordaron la implementación de un Programa Multinacional para lograr la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas y la eliminación de la transmisión transfusional del agente etiológico, el *Trypanosoma cruzi*. Este Programa se conoce como la **Iniciativa de los países de Centroamérica (IPCA)**. La Iniciativa fue lanzada en octubre de 1997 en la ciudad de Tegucigalpa, creándose simultáneamente una **Comisión Técnica Intergubernamental** acompañada por la Organización Panamericana de la Salud OPS, que actúa como Secretaría Técnica, para el seguimiento y evaluación de las actividades, el alcance de las metas propuestas por cada país, el fomento de la cooperación entre países y la cooperación internacional, la participación de ONG en el proceso, el intercambio de conocimientos y experiencias y el fomento de la investigación epidemiológica y operativa que fortalezcan las intervenciones de control.

Se han realizado seis reuniones de la Comisión Técnica Intergubernamental de la IPCA: la primera en la ciudad de Guatemala en octubre de 1998; la segunda en la ciudad de Managua en octubre de 1999; la tercera en la ciudad de San Salvador en julio del 2000; la cuarta en la ciudad de Panamá en agosto del 2001, la quinta en la ciudad de San José en septiembre del 2002; y la sexta en la ciudad de Tegucigalpa del 8 al 10 de octubre del 2003.

Los avances logrados en los países, tanto en el control de la transmisión vectorial y la transmisión transfusional son significativos, evidenciados por los informes de país y las evaluaciones internacionales realizadas a los programas nacionales, evaluaciones que también han evidenciado debilidades de los programas lo que permite identificar mejor los apoyos necesarios para mejorar su capacidad resolutive.

La Vª Reunión de la Comisión Técnica Intergubernamental abrió la perspectiva de lograr un fortalecimiento de la IPCA al haber iniciado el proceso de Evaluaciones Internacionales a los programas nacionales, realizar reuniones Técnicas Específicas, fortalecer la cooperación entre países con el proyecto TCC/Chagas/El Salvador/Guatemala/Honduras y ampliar la cooperación internacional.

Con los logros obtenidos por los países y el fortalecimiento de la IPCA, **la VIª Reunión de la Comisión Técnica Intergubernamental** se plantea la necesidad de buscar los mecanismos que le den sostenibilidad al proceso para alcanzar la meta de eliminación de la transmisión vectorial y transfusional, fijada para el año 2010 e incorporar el componente de tratamiento etiológico de la infección reciente en población menor de 15 años de áreas endémicas intervenidas como un objetivo colateral de la IPCA en vista de los avances de control de la transmisión vectorial.

II. Introducción

Geográficamente, Centroamérica está formada por 7 países: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá con una extensión total de 526 400 Kilómetros cuadrados y una población de 36 millones.

La Iniciativa de los Países de Centroamérica para el Control de la Enfermedad de Chagas IPCA fue lanzada en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras en Octubre de 1997, durante la reunión sobre “Vectores de la Enfermedad de Chagas en los Países de Centroamérica” a la que asistieron delegados de los gobiernos de: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, creándose en esa oportunidad la Comisión Técnica Intergubernamental que le dará seguimiento a la IPCA. Esta Iniciativa es consecuencia de la Resolución N° 13 de la XIII RESSCA, celebrada en la ciudad de Belice en Septiembre de 1997 en la se establece que el “Control de la Enfermedad de Chagas es una actividad prioritaria en los países de Centroamérica”

La Comisión Técnica Intergubernamental, esta integrada por delegados oficiales de los Ministerios de Salud de los países y se reúne anualmente en forma rotativa en cada uno de los países. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud actúan como Secretaría de la IPCA y de la Comisión Técnica Intergubernamental.

La 51ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Mayo de 1998 en su Resolución WHO 51.4 declaró su compromiso de Eliminar la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas para finales el año 2010, pidiendo a los Estados miembros con poblaciones todavía afectadas por la enfermedad, que determinen con precisión la extensión de la enfermedad, en particular la distribución de los vectores implicados en la transmisión. Solicita también, la elaboración de planes de acción, la conformación de Comisiones Técnicas entre países para iniciar la certificación de la eliminación, la coordinación de la cooperación internacional, incluida la multilateral, bilateral y de las ONG.

Cumpliendo con los acuerdos y recomendaciones de la cuarta Reunión de la Comisión Técnica Intergubernamental de la IPCA celebrada en la ciudad de Panamá en Agosto del 2001, se han iniciado tres importantes procesos que fortalecerán la IPCA. **1.)** Las evaluaciones Internacionales realizadas al Programa de Enfermedad de Chagas de Guatemala, Febrero del 2002, al Programa de Enfermedad de Chagas de El Salvador, Agosto del 2002, al Programa Nacional de Honduras, Mayo del 2003 y al Programa Nacional de Nicaragua, Septiembre del 2003. **2.)** El desarrollo de las Reuniones Técnicas Específicas con participación de expertos internacionales, realizándose el Taller para el Establecimiento de Pautas Técnicas en el Control de *Triatoma dimidiata* celebrado en San Salvador, Marzo del 2002, el Taller Técnico de Estudio sobre *Rhodnius pallescens*. Vigilancia y Control, Panamá, Septiembre del 2002 y el Taller para el Establecimiento de Criterios de Certificación de Eliminación de *Rhodnius prolixus*, Guatemala, Marzo del 2003. **3.)** La ejecución del proyecto de Cooperación entre Países TCC/CHAGAS/El Salvador/Guatemala/Honduras, que ha permitido realizar un Taller para homologar las normas de diagnóstico y tratamiento etiológico de los tres países, Esquipulas, Guatemala, Mayo de 2003 y otro para homologar las normas de control vectorial y participación comunitaria, San Salvador, El Salvador, Junio de 2003, contando todos estos eventos con el apoyo de expertos internacionales.

Se han realizado seis reuniones de la Comisión Técnica Intergubernamental de la IPCA : la primera en la ciudad de Guatemala, en Octubre de 1998; la segunda en la ciudad de Managua en Octubre de

1999; la tercera en la ciudad de San Salvador en Julio del 2000; la cuarta en la ciudad de Panamá en Agosto del 2001, la quinta en la ciudad de San José, Costa Rica en Septiembre del 2002 y la sexta en la ciudad de Tegucigalpa del 8 al 10 de Octubre del 2003.

Objetivos

Los objetivos de la sexta Reunión son los siguientes:

- Efectuar seguimiento a las actividades de control anti vectorial, vigilancia entomológica y de control de la transmisión transfusional de *Trypanosoma cruzi* durante el año 2002 y 2003.
- Examinar y desarrollar estrategias de cooperación horizontal entre países en el control de la transmisión de la enfermedad de Chagas.
- Examinar los resultados de las evaluaciones internacionales entre países sobre control anti vectorial y transfusional de la transmisión de la enfermedad de Chagas.
- Revisar metodologías y estrategias de lucha anti vectorial.
- Revisar las posibilidades de desarrollar un sistema de información cartográfica uniforme para todos los países, para monitorear las intervenciones de control vectorial y de vigilancia.

Participantes

En esta sexta Reunión de la IPCA las delegaciones de los países, estuvieron integradas por los responsables de los Programas Nacionales de Chagas y los responsables nacionales de los Bancos de Sangre, este logro se debe al apoyo del Programa de Enfermedades Transmisibles y de Laboratorios y Bancos de Sangre de la Organización Panamericana de la Salud, con lo que se amplía y profundiza la discusión en torno al alcance de las metas propuestas. Se contó también con una amplia participación de organismos de cooperación internacional, ONG y expertos en diferentes áreas temáticas de la enfermedad de Chagas.

La sexta Reunión de la IPCA, fue inaugurada por el Lic. Elías Lizardo Ministro de Salud de Honduras y por el Dr. Carlos Samayoa Representante de la Organización Panamericana de la Salud 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. Los delegados eligieron como Presidente de la sexta reunión de la Comisión Técnica Intergubernamental a la Dr. Concepción Zuñiga de Honduras y como relator al Dr. Carlos Ponce de Honduras.

El Dr. Delmin Cury Consultor en Enfermedades Transmisibles de OPS/OMS en Honduras y Secretario Técnico de la IPCA presentó los antecedentes de la Iniciativa, los objetivos de la VI Reunión de la Comisión Intergubernamental y los que se espera como producto.

III. Informes de los países

Belice

El Ministerio de Salud, en base a los resultados obtenidos en la encuesta entomológica y de seroprevalencia en población general y a las recomendaciones de los evaluadores externos, está desarrollando un plan de actividades IEC, diseñando, validando y reproduciendo materiales en coordinación con el Ministerio de Educación. También con el mismo propósito están adaptando materiales del programa de Chagas de Guatemala y de otros países de la subregión.

La vigilancia epidemiológica se está desarrollando particularmente en las áreas donde hay población originaria de otros países y también se ha reportado la presencia de *Triatoma dimidiata*, por lo general ejemplares adultos que vienen del habitat silvestre. El programa está estableciendo una colección de este vector, encontrado en diferentes *habitats*, para realizar estudios colaborativos de genética poblacional y movimiento de este vector del habitat silvestre al domiciliario.

El control de la transmisión transfusional mediante el tamizaje serológico se realiza en el 100.0 %. En el año 2002 se atendieron 2957 donantes y todos fueron tamizados por *Trypanosoma cruzi*, encontrándose 17 seropositivos para una prevalencia de 0.6 %. El país tiene 9 servicios de hemoterapia (6 estatales y 3 privados) y un banco de sangre ubicado en el principal hospital en ciudad Belice, donde se realiza el tamizaje de cuatro agentes infecciosos transmisibles por transfusión : VIH, VHB, *T. pallidum* y *T. cruzi*. No se hace tamizaje para VHC. Las prevalencias serológicas para los otros agentes en el año 2002 fueron las siguientes: VIH: 0.44 %; VHB: 1.3 % y *T. pallidum*: 1.4 %. La prevalencia serológica por *T. cruzi* en donantes de sangre en los últimos cuatro años, puede observarse en la **Tabla 1**.

Tabla 1:
Prevalencia serológica de *T. cruzi* en donantes de sangre
(Belice, 1999–2002)

Año	Donantes examinados	Donantes seropositivos	%
1999	3032	20	0.7
2000	3127	16	0.5
2001	2876	12	0.4
2002	2957	17	0.6

El Ministerio de Salud está considerando diferir los donantes de sangre originarios de los países de América Central y México en vista de que cerca del 90.0 % de los donantes seropositivos son de estos países.

Costa Rica

Durante el período 2002 -2003 el país ha tenido grandes logros que establecen un reconocimiento del problema de la enfermedad de Chagas y un punto de partida para diseñar las intervenciones mas apropiadas para la situación epidemiológica particular, determinada principalmente por el vector *Triatoma dimidiata*. Se ha obtenido información relevante a partir de la encuesta entomológica y serológica en escolares de 5 áreas seleccionadas. La información generada por la encuesta serológica realizada en donantes de sangre de 8 hospitales y el Banco Nacional de Sangre CCSS, reafirma la importancia y la responsabilidad ineludible de establecer el tamizaje serológico por *T. cruzi* en todos los bancos de sangre. Los resultados de esta encuesta están expresados en la **Tabla 2**.

Se ha establecido en el Instituto INCIENSA el Laboratorio Nacional de Parasitología, que tiene dentro de sus funciones el coordinar y supervisar el diagnóstico de la enfermedad de Chagas y se cuenta con una red de 8 laboratorios de bancos de sangre con personal capacitado y dotados de equipo y reactivos serológicos para realizar el tamizaje.

Recientemente el haber encontrado un caso agudo con signo de Romaña en una niña de 8 años de edad de un barrio marginal en Escazú, San José ha servido no solo para reconocer el problema sino también para una adecuada motivación del personal de salud, lo que ayudará indudablemente a iniciar actividades de control y vigilancia. La investigación epidemiológica realizada alrededor de este caso agudo, reveló la siguiente información:

La comunidad Bajo Los Anonos en Escazú, es de condición precaria, 60 % de las viviendas son de madera y 12 % de ellas tienen paredes con muchas hendidias y piso de tierra. La mitad de las viviendas están construidas sobre basas por lo irregular del terreno y tiene piso de madera. Hay muchos animales domésticos, gallineros y acumulación de materiales principalmente madera en el peridomicilio. El índice de infestación por *T. dimidiata* fue de 15 % en el intradomicilio y de 32 % en el peri domicilio. El índice de colonización intradomiciliar fue de 32 % y de 95 % en el peridomicilio. Los exámenes serológicos de los familiares mostraron que la madre también es seropositiva. Tanto el caso agudo como la madre recibieron tratamiento etiológico. Actualmente se están realizando actividades de prevención y control, aplicando insecticida en las viviendas colonizadas, informando a la comunidad sobre la enfermedad, promocionando algunas acciones a evitar que el vector ingrese a las viviendas y practicando un ordenamiento del medio.

El control de la transmisión transfusional ha experimentado un gran avance a partir de la encuesta de seroprevalencia en donantes de sangre realizada en 8 bancos de sangre, que ha permitido iniciar el tamizaje regular. El total de donantes de sangre en el año 2002 fue de 53465. De ellos 52.3 % son de reposición y 47.7 % son voluntarios altruistas. El país tiene 29 bancos de sangre pero el tamizaje de agentes infecciosos se hace en 22, acompañados de un programa de evaluación externa del desempeño con un panel de 5 muestras que se envían 4 veces al año.

En el año 2002 fueron tamizados el 100 % de los 53465 donantes atendidos para VIH, VHB y VHC y *T. pallidum* obteniendo las siguientes prevalencias. VIH 0.09 %; VHB 0.26 %; VHC 0.66 %. y *T. pallidum* 0.44 %.

Para HTLV I y II únicamente se tamizaron 4714 donante obteniéndose una seroprevalencia de 0.06 % y para *Trypanosoma cruzi*, se tamizaron 13414 encontrando 15 seropositivos para una seroprevalencia de 0.11 % y una cobertura de tamizaje de 25.1 %.

También en este período han recibido tratamiento etiológico un total de 62 personas, 52 adultos (51 donantes de sangre) y 10 niños los cuales serán evaluados serológica y clínicamente.

Tabla 2:
Prevalencia serológica por *T. cruzi* en donantes de sangre
(Costa Rica, 2002–2003)

Banco de sangre	Donantes tamizados	Donantes seropositivos	%
Banco Nacional	17308	33	0.19
H. México San Carlos	5849	3	0.05
H. San Juan de Dios	4800	4	0.08
H. Max Peralta	2044	1	0.05
H. Monseñor Sanabria	2096	1	0.05
H. La Anexión	804	1	0.12
H. Escalante Pradilla	987	2	0.20
H. Tony Facio	1688	2	0.12
H. San Vicente de Paul	792	3	0.37
Total	36368	50	0.14

Costa Rica tiene como retos inmediatos los siguientes : crear el programa para darle continuidad a las actividades emprendidas; desarrollar la vigilancia epidemiológica, particularmente para la detección de casos agudos y el registro de casos en todas las fases de la enfermedad; ampliar el tamizaje serológico para *T. cruzi* a todos los bancos de sangre.

El Salvador

Durante los primeros 7 meses del año 2003 se registraron 513 casos confirmados de enfermedad de Chagas con una tasa de morbilidad de 19.9 por 100 000 habitantes; 53 de los casos fueron agudos y 460 crónicos. De las 5 regiones en que se divide el país, la región occidental es la que tiene mayor registro con 187 casos para una tasa de morbilidad de 31.6 por 100 000 habitantes.

La situación entomológica se está actualizando principalmente en los tres departamentos de la región occidental, mediante encuestas de base que permitirán diseñar las intervenciones de control. Hasta ahora el único vector encontrado es *T. dimidiata*. *R. prolixus* no se ha logrado encontrar. Los resultados de la encuesta en los tres departamentos de la región occidental, se presentan en las **Tablas 3 y 4.**

En Junio del 2003, se realizó en San Salvador el *Taller sobre Normas de Control y Vigilancia Entomológica con Participación Comunitaria* como actividad del proyecto TCC/Chagas/OPS entre Honduras, Guatemala y El Salvador.

El país sigue manteniendo un control efectivo de la transmisión transfusional con 100.0 % de cobertura y acompañado de un programa de control de calidad en el que participan todos los bancos de sangre. Existen 39 bancos de sangre; 30 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS, 6 del Seguro Social Salvadoreño, 2 de hospitales militares y 1 de Cruz Roja Salvadoreña y 19 servicios de transfusión privados. El 58.0 % de la sangre que se colecta en el país es por parte del MSPAS y 90.0 % de los donantes son de reposición y solo 10 % son voluntarios altruistas. En el año 2002 fueron atendidos un total de 73594 donantes y el 100.0 % fueron tamizados para: VIH, VHB, VHC, *T. pallidum* y *Trypanosoma cruzi*. Las seroprevalencias observadas para estos agentes infecciosos fueron: VIH 0.15 %, VHB 0.30 %, VHC 0.15 %, *T. pallidum* 0.58 % y *Trypanosoma cruzi* **3.00 %**

En materia de bancos de sangre se está fortaleciendo por medio de la Comisión Nacional de la Sangre, la garantía de calidad, la promoción de la donación voluntaria, altruista, el uso apropiado de la sangre el análisis de los costos del procesamiento, la capacitación de personal y el establecimiento de normas técnicas.

El principal reto que tiene El Salvador a corto plazo en relación a la reducción de la transmisión vectorial, es el de fortalecer la organización estructural y funcional del programa nacional de control de la enfermedad de Chagas, que se espera lograr con el apoyo del proyecto JICA iniciado este año. En Bancos de sangre es alcanzar el 50.0 % de donación voluntaria de sangre para Diciembre del año 2004.

Tabla 3:
Encuesta entomológica basal, Región Occidental
(El Salvador, 2003)

Departamento	Localidades encuestadas	Localidades positivas	Índice de dispersión
Santa Ana	319	247	79.7
Sonsonate	63	56	88.9
Ahuachapán	171	114	66.7

Tabla 4:
Encuesta entomológica basal. Región Occidental
(El Salvador, 2003)

Departamento	Viviendas encuestadas	Viviendas positivas	Índice de infestación
Santa Ana	6380	720	11.3
Sonsonate	1228	489	39.8
Ahuachapan	3237	481	14.9

El único vector encontrado fue *Triatoma dimidiata*.

Guatemala

Como consecuencia de la I Evaluación Internacional al Programa Nacional de Prevención y Control de la enfermedad de Chagas, realizada en Febrero del año 2002, el programa se ha fortalecida y las actividades se han ampliado. El proyecto JICA se ha extendido a otros departamentos del país, y se ha fortalecido por parte del programa nacional, la coordinación intra institucional en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS y también la coordinación Interinstitucional.

Entre los logros obtenidos por el programa en el MSPAS en este período, destacan la elaboración del protocolo de vigilancia epidemiológica para enfermedad de Chagas, la revisión y actualización de las normas de diagnóstico y atención de la enfermedad de Chagas, el desarrollo de el proyecto TCC/Chagas/OPS entre El Salvador, Honduras y Guatemala, el Inicio de el proyecto con MSF/España en el Municipio de Olopa en el departamento de Chiquimula y muy especialmente la instalación de la vigilancia entomológica con participación comunitaria en las áreas intervenidas en años anteriores. Este proceso de vigilancia entomológica se ha realizado en coordinación con el Ministerio de Educación y las principales actividades han sido: el desarrollo de normas, la formación de colaboradores voluntarios para enfermedad de Chagas *ColCha*, la elaboración, validación y tiraje de materiales educativos e informativos y la ejecución de un proyecto piloto para hacer los ajustes necesarios.

El control de la transmisión transfusional de la enfermedad de Chagas también ha tenido un incremento sustancial en la cobertura de tamizaje que pasó de 85.4 % en el 2001 a 92.7 % en el 2002 y en la mejoría de la calidad este tamizaje. El Sistema de bancos de sangre en el país está regido por dos instancias del MSPAS: el Departamento de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre y el Laboratorio de Garantía de Calidad para Bancos de Sangre. Las funciones de el programa son de carácter normativo, dirigidas a coordinar todas las actividades de los bancos de sangre del país, garantizar el tamizaje de los agentes infecciosos transmisibles por transfusión, promover la donación voluntaria altruista, capacitación y realizar investigaciones operativas. Por su parte el laboratorio de Garantía de Calidad en Bancos de Sangre le corresponde la vigilar la calidad de todos los procesos en los bancos de sangre, brindar asesoría técnica, evaluar los reactivos comerciales para el tamizaje serológico y preparar los paneles para evaluación externa del desempeño.

En el país el sistema de bancos de sangre está conformado por 49 bancos, 36 de ellos del MSPAS, 4 del Seguro Social, 1 del sector militar, 1 de Cruz Roja Guatemalteca y 7 privados.

Obligatoriamente se debe realizar tamizaje serológico para los siguientes agentes infecciosos VIH, VHB, VHC, *T. pallidum* y *Trypanosoma cruzi*. Sin embargo la cobertura promedio para estos agentes es de 93.0 %. Se espera en el 2004 alcanzar el 100.0 %.

En el año 2002 fueron atendidos un total de 71.959 donantes. El tamizaje para *T. cruzi* se realizó en 66730 para una cobertura de 92.7 %, 673 fueron seropositivos para una prevalencia de 1.02 %. Las prevalencias encontradas para los otros agentes en el mismo período fueron: VIH: 0.50 %, VHB: 1.13 %, VHC: 0.80 % y *T. pallidum*: 2.86 %. El tamizaje serológico para *T. cruzi* de los cuatro últimos años se presenta en la **Tabla 5**.

Tabla 5:
Control de la Transmisión Transfusional de la Enfermedad de Chagas
(Guatemala 1999–2002)

Año	Donantes Tamizados	Prevalencia %
1999	38833	0.8
2000	24956	0.8
2001	39809	1.6
2002	66730	1.2

Honduras

El país durante el año 2002-2003 ha tenido logros muy importantes en estructurar una coordinación de los esfuerzos nacionales y de la cooperación bilateral, multilateral y de ONG. Esta coordinación multisectorial y multi institucional, es conducida por la Secretaría de Salud con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud y **el principal logro ha sido la formulación de un plan estratégico** para 5 años que permita mantener la continuidad de las acciones coordinadas por el programa nacional de prevención y control de la enfermedad de Chagas, con el acompañamiento de la OPS y que son realizadas en colaboración con varias instituciones nacionales entre las que se encuentran el Fondo Hondureño de Inversión Social, la Secretaría de Educación, la Secretaría Técnica de Cooperación y la Secretaria de Obras Públicas y Vivienda; organismos internacionales de cooperación como JICA de Japón y ACIDI de Canadá, y ONG como Visión Mundial y MSF.

El **fin de este plan estratégico** es el de contribuir a mejorar las condiciones de vida y salud de la población de las áreas endémicas por enfermedad de Chagas y tiene como propósito reducir su incidencia y su prevalencia.

Los **resultados esperados** en este plan son:

- El fortalecimiento de las intervenciones para la eliminación de *R. prolixus* y control de *T. dimidiata*
- El fortalecimiento de el tamizaje serológico de los donantes de sangre a nivel nacional con programas de control de calidad y de seguimiento de los donantes seropositivos
- Aumento de la capacidad operativa de diagnóstico y tratamiento de infectados menores de 15 años en áreas endémicas
- La organización de la vigilancia epidemiológica con participación comunitaria
- La interrupción de la transmisión vectorial mediante un control integral que incluye el mejoramiento de vivienda y la educación

En el marco de este plan estratégico se inserta la cooperación de JICA con el proyecto colaborativo con la Secretaría de Salud, que se realizará en cuatro departamentos del país: Lempira, Copán,

Ocotepeque y parte de Intibucá y cuyo convenio fue suscrito entre las dos instituciones en Septiembre del 2003. El proyecto similar que se realizará con ACIDI en los departamentos de Santa Bárbara, Olancho y parte de Intibucá cuya firma está programada para Diciembre del 2003. También en el 2004 Visión Mundial con financiamiento del IDRC de Canadá, iniciará con la Secretaría de Salud un proyecto de investigación intervención en el municipio de San Francisco de Opalaca, Intibucá.

El control de la transmisión transfusional se mantiene en el país mediante el tamizaje serológico de los donantes de sangre y se han fortalecido los programas de control de calidad y de evaluación del desempeño. Durante este período el país ha avanzado en la estructuración de un Sistema Nacional de Sangre, que tiene como objetivos fundamentales el garantizar el acceso a sangre segura en cantidad y calidad suficiente y promover la donación voluntaria, altruista, no remunerada y recurrente. El sistema está conformado por el Consejo Nacional de la Sangre, integrado por representantes de 8 instituciones, el Programa Nacional de Sangre de la Cruz Roja Hondureña, el Departamento de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión de la Secretaría de Salud, la red de bancos de sangre y servicios de transfusión públicos y privados y las comisiones *ad hoc*. La red está conformada por 22 bancos de sangre, 16 públicos, 2 de CRH y 4 privados y por 45 servicios de transfusión.

Las prevalencias serológicas en donantes de sangre a nivel nacional durante el año 2002 para los agentes que se tamizan fueron las siguientes : VIH : 0.3 % , VHB : 0.5 % , VHC : 0.7 % , *Treponema pallidum* : 1.2 % , *Trypanosoma cruzi* : 1.4 % y HTLV I y II : 0.07 %. El Control de la Transmisión Transfusional de 1998 al 2002 se puede apreciar en la **Tabla 6**.

Un destacado avance en el país ha sido el desarrollo de la experiencia de tratamiento etiológico de la infección reciente en población menor de 15 años en áreas endémicas intervenidas y en vigilancia. La experiencia se fortaleció con el desarrollo de los proyectos colaborativos entre la Secretaría de Salud y MSF/España y MSF/Francia. La Secretaría ha continuado con esta experiencia que se ampliará con los proyectos apoyados por JICA y ACIDI. Durante los años 2000 al 2002, se han tratado 321 menores de 15 años con benznidazol durante 2 meses. La evaluación serológica 18 meses post tratamiento se ha realizado en 264 de los cuales 227 han sido negativos 86.0 %. Los otros 37 14.0 % su serología sigue positiva pero con disminución del título de anticuerpos.

Tabla 6:
Control de la transmisión transfusional de la Enfermedad de Chagas
(Honduras 1998–2002)

Año	Donantes examinados	Donantes seropositivos	%
1998	33408	416	1.2
1999	35558	554	1.7
2000	38326	594	1.5
2001	38025	597	1.6
2002	44730	648	1.4

México

En México los triatomíneos naturalmente infectados con importancia epidemiológica son: *R. prolixus*, *T. barberi*, *T. dimidiata*, *T. gerstaeckeri*, *T. longipennis*, *T. mazzotti*, *T. mexicana*, *T. mallidipennis*, *T. phyllosoma*, *T. picturata*. De enero a junio de 2003, se tiene un reporte preliminar de 11 casos agudos, en los siguientes estados: Chiapas (1), Morelos (7), San Luis Potosí (1), Tabasco (1), Veracruz (1).

El país ha logrado un gran avance en el abordaje de la enfermedad de Chagas y como producto de este avance, se han realizado importantes talleres nacionales con la participación de funcionarios federales y estatales de la Secretaría de Salud y el apoyo de expertos de otros países. El más reciente de estos talleres se realizó en Huatulco, Oaxaca, para actualizar los conocimientos sobre la enfermedad e intensificar las acciones de prevención y control. En el mencionado taller estuvieron presentes las autoridades políticas en salud, representantes de los estados y se contó con el valioso apoyo de los expertos del TDR/OMS.

En México, los estudios que analizan la prevalencia de los anticuerpos anti *T. cruzi* entre la población de donantes de sangre, muestran que dicha prevalencia oscila entre 0.3% en la ciudad de México y 17.5% en el estado de Puebla. En un estudio recientemente realizado por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, se analizaron 3396 donantes de sangre de 3 diferentes instituciones de la ciudad de México, mostró una prevalencia del 0.24%. En el año 2002, el 29.5% de 1 263 447 unidades captadas a nivel nacional, fueron debidamente analizadas.

Actualmente la normativa existente señala que se debe excluir como donantes a quienes hayan padecido la enfermedad de Chagas o bien, tengan resultados positivos en las pruebas serológicas, así como aquellos que hayan recibido la transfusión de algún componente sanguíneo en el último año. Las pruebas serológicas, establecidas en la norma son: ELISA, Hemaglutinación Indirecta, Aglutinación Directa o Inmunofluorescencia Indirecta.

Se está considerando la modificación de la normatividad actual a fin de que el tamizaje sea obligatorio en todo el territorio nacional y no solamente en las consideradas zonas endémicas, así como la publicación de manuales específicos que sean empleados en todos los bancos de sangre del país. Además, se han incluido muestras de portadores de *T. cruzi* en el programa del control de la calidad externo a los reactivos de toda la red nacional de los bancos de sangre, contando para ello con la asesoría de la OPS y del Hemocentro de Sao Paulo, Brasil. Los agentes infecciosos que se tamizan en los bancos de sangre de México son VIH, VHB, VHC, *Treponema pallidum* y *Trypanosoma cruzi*.

El programa nacional de prevención y control de la enfermedad de Chagas de la República de México tiene entre sus **principales retos** los siguientes:

- Intensificar y mantener la vigilancia epidemiológica
- Involucrar Instituciones de Investigación.
- Estandarizar el diagnóstico por laboratorio en todos los laboratorios estatales de salud pública LESP.
- Garantizar el abasto continuo de medicamentos.
- Mantener establecer estrategias de control químico (racional)
- Involucramiento de la comunidad
- Buscar alternativas de financiamiento

México ha avanzado mucho en el abordaje de la enfermedad de Chagas y se abren muchas **perspectivas para alcanzar la meta** para el año 2014 de eliminación de la transmisión vectorial y transfusional de *T. cruzi*. Entre esas perspectivas destacan las siguientes:

- Desarrollar un Programa Efectivo de Prevención y Control, sustentable y socialmente aceptado.
- Mantener las relaciones de cooperación con Centroamérica.
- Buscar la integración de México a la iniciativa de América Central IPCA

Nicaragua

Durante este período el país ha continuado con las intervenciones de control de la transmisión vectorial, principalmente con la vigilancia de las áreas intervenidas por *R. prolixus* en los años anteriores, donde se ha realizado una encuesta serológica en menores de 14 años, para detección de infección reciente y administración de tratamiento etiológico. También se le esta dando importancia a la situación en la región sur en localidades con presencia de *Rhodnius pallescens* en áreas fronterizas con Costa Rica. Los escolares que resultaron positivos en la encuesta serológica realizada hace tres años, han recibido su tratamiento etiológico.

El control de la transmisión transfusional sigue realizándose en el país por parte de la Cruz Roja Nicaragüense CRN tiene 4 bancos de sangre que atienden el 71.0 % de los donantes a nivel nacional y de los cuales el 53.0 % son voluntarios altruistas y el 47.0 % de reposición. El Ministerio de Salud MINSA tiene 19 bancos de sangre ubicados en su red de hospitales y atienden el 29.0 % de los donantes. La ley de bancos de sangre hace mandatorio el tamizaje de los siguientes agentes infecciosos: VIH, VHB, VHC, *T. pallidum* y *Trypanosoma cruzi*.

En el año 2002 en el país, fueron tamizados por *T. cruzi* en ambas instituciones 48191 donantes que representan el 97.0 % de cobertura. **Tabla 7.**

Los principales logros del programa nacional han sido el tener una estratificación muy precisa de las áreas de riesgo, el incremento de la cobertura del tamizaje de donantes de sangre que en este período llegó a 97.0 %. La preparación y estandarización en el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia CNDR del Ministerio de Salud, de un *kit* de ELISA para detección de anticuerpos de la clase IgG anti *T. cruzi* y la incorporación de la enfermedad de Chagas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional. La evaluación internacional realizada al programa en septiembre del 2003, es un elemento muy importante para fortalecer las debilidades existentes, lograr un mayor compromiso político y facilitar la cooperación internacional.

Los retos que tiene el país son en primer lugar el fortalecimiento del programa nacional para asegurar los logros obtenidos y darle sostenibilidad a las intervenciones de control vectorial. La posibilidad de que el proyecto JICA en América Central se extienda a Nicaragua en el año 2004 es una excelente perspectiva para el programa. En segundo lugar será alcanzar el 100.0 % de cobertura en el tamizaje de los donantes de sangre en el 2004.

Tabla 7:
Control de la transmisión transfusional de la Enfermedad de Chagas
(Nicaragua, 2002)

Institución	Donantes tamizados	Donantes positivos	Prevalencia (%)
Cruz Roja	36010	174	0.48
MINSA	12181	60	0.49
Total	48191	234	0.48

Panamá

Atendiendo las recomendaciones del “Taller Técnico de estudio de *Rhodnius pallescens*, su Vigilancia y Control” celebrado en Panamá en septiembre del 2002, el país ha preparado un plan operativo para el abordaje integral de la enfermedad de Chagas, con el propósito de diseñar las intervenciones que se aplicarán en todo el país. El plan ha sido elaborado por la Comisión Nacional para la Prevención y Control de la enfermedad de Chagas, creada y coordinada por el Ministerio de Salud. En esta comisión que tiene una orientación intersectorial, participan varias instituciones nacionales. Entre los logros de la Comisión destacan en primer lugar la constitución de un grupo profesional multidisciplinario que está haciendo sentir la necesidad de un esfuerzo mancomunado. En segundo lugar la elaboración de una normativa nacional y un manual de procedimientos, para lo cual se contó con la asesoría de OPS.

Rhodnius pallescens es el principal vector de *T. cruzi* en Panamá, aún cuando predomina en *habitats* silvestres de donde llega a las viviendas humanas atraído principalmente por la luz. Esta situación hace mandatorio realizar estudios más amplios de este vector, para desarrollar intervenciones de control y vigilancia de acuerdo a su comportamiento.

El control de la transmisión transfusional ha tenido un incremento sustancial al aumentar la cobertura de tamizaje serológico de los donantes de sangre de 34.2 % en el año 2001 a 81.6 % en el año 2002, esperando alcanzar el 100.0 % a inicios de 2004. El incremento gradual de esta cobertura y las prevalencias serológicas para *T. cruzi* de 1998 al 2002 se pueden apreciar en la **Tabla 8**.

El país tiene como retos, la creación y organización dentro del Ministerio de Salud de un programa nacional que cuente con todo el apoyo necesario para eliminar la transmisión vectorial y alcanzar el 100.0 % de cobertura del tamizaje serológico de los donantes de sangre, acompañado de un programa de control de calidad y del aseguramiento de su continuidad, para garantizar la eliminación de la transmisión transfusional.

Tabla 8:
Prevalencia serológica para *T. cruzi* en donantes de sangre y cobertura de tamizaje (Panamá, 1998–2002)

Año	Donantes atendidos	Donantes tamizados	Cobertura (%)	Prevalencia (%)
1998	42109	2357	5.6	0.3
1999	43921	7299	16.6	1.4
2000	44496	12848	28.8	0.6
2001	42867	14660	34.2	0.9
2002	46669	38661	81.6	0.2

IV. Evaluaciones internacionales

El proceso de evaluaciones internacionales a los programas nacionales de Chagas de los países que conforman la IPCA y que se iniciará en el año 2002, ha continuado en este año 2003 con las evaluaciones realizadas a los programas de Honduras y de Nicaragua. Los objetivos de estas evaluaciones son:

- *Establecer el grado de avance alcanzado* en los países en el control vectorial y transfusional de la Enfermedad de Chagas.
- *Intercambiar conocimientos y evaluar los procedimientos efectuados* en relación a la prevención y control de la Enfermedad de Chagas.
- *Estimular los desarrollos técnicos y estratégicos* que permitan alcanzar los objetivos definidos en la Iniciativa Centroamericana.

Del 12 al 16 de mayo de 2003 se realizó la “**I^{era} Evaluación Internacional del Programa de Control de la Enfermedad de Chagas en Honduras**”. 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, Asesor Senior de la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (*Japan International Cooperation Agency / JICA*). Como Secretario Técnico actuó el Dr. Delmin Cury, Consultor en Enfermedades Transmisibles de OPS/OMS en Honduras y Secretario Técnico de la Iniciativa Centroamericana para la Interrupción de la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas.

Participaron en condición de observadores los coordinadores del proyecto JICA en América Central, Michio Kojima de Honduras, Kyoko Ota de El Salvador y Keiko Mizuno de Guatemala.

Como contrapartes nacionales de la Secretaría de Salud de Honduras intervinieron 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 de este laboratorio; Licdo. Oscar Orlando Urrutia; Encargado del Programa de Chagas y Leishmaniasis; y, el Sr. Ramón Rosales, técnico de vectores.

Acompañaron las actividades los doctores Gilles De Margerie de Canadá y Roberto Bazzani de Uruguay, miembros de la Cooperación Canadiense y el Dr. Renato Gusmao, Coordinador del Programa de Enfermedades Transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud OPS/Washington.

La I^{era} Evaluación al Programa Nacional de Enfermedad de Chagas de Nicaragua, se realizó del 8 al 12 de Septiembre de 2003. La Comisión Internacional Evaluadora se integró con el Dr. Luis Marroquín - Jefe del Programa de Control de Chagas de Guatemala, Dr. Felipe Guhl - Director CIMPAT Universidad de los Andes, Bogotá Colombia, Dr. Carlos Ponce - Laboratorio Central, Secretaría de Salud de Honduras y Lic. Jun Nakagawa de JICA, Japón.

Participaron como observadores el Dr. Gilles De Margerie – Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional ACIDI – Honduras, Lic. Michio Kojima-JICA Honduras.

Ejerció la Secretaría Técnica el Dr. Delmin Cury Consultor en enfermedades transmisibles de OPS/OMS en Honduras y Secretario Técnico de la Iniciativa de los Países de Centroamérica para la eliminación de la transmisión vectorial y transfusional de la Enfermedad de Chagas IPCA y el Dr. Silvain Aldighieri Consultor en Enfermedades Transmisibles de OPS/OMS en Nicaragua

Actuaron como contraparte nacionales el Dr. Francisco Acevedo Director Nacional de Control de vectores, Dra. Francisca Marín, Coordinadora del Programa de Control de la Enfermedad de Chagas en Nicaragua, Dr. Alberto Montoya – Jefe de Parasitología del Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia (CNDR), las entomólogas Licda. Emperatriz Lugo y Dra. Perla Espinosa y la Licda. Xiomara Palacios encargada del diagnóstico de laboratorio, del CNDR.

La IPCA se ha fortalecido al seguir realizando evaluaciones internacionales a los programas nacionales de enfermedad de Chagas de los países miembros. El proceso iniciado en el año 2002 tiene como producto cuatro evaluaciones. La VI reunión de la Comisión Intergubernamental ha reconocido la importancia de las mismas así como el apoyo y acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud para llevar a cabo el proceso.

Otras actividades internacionales realizadas en este período en el marco de la IPCA fueron: el Taller Técnico de Estudio sobre *Rhodnius pallescens*. Vigilancia y Control, realizado en Panamá, Septiembre del 2002, el Taller para el Establecimiento de Criterios de Certificación de Eliminación de *Rhodnius prolixus*, Guatemala, Marzo del 2003 y la ejecución del proyecto de Cooperación entre Países TCC/CHAGAS/El Salvador/Guatemala/Honduras, que ha permitido realizar un Taller para homologar las normas de diagnóstico y tratamiento etiológico de los tres países, Esquipulas, Guatemala, Mayo de 2003 y otro para homologar las normas de control vectorial y participación comunitaria, San Salvador, El Salvador, Junio de 2003, contando todos estos eventos con el apoyo de expertos internacionales.

V. Presentaciones especiales

Modelos de intervención antivectorial sobre triatominos para optimizar el aumento de cobertura*

Antonio Carlos Silveira

El aumento de cobertura se puede viabilizar fundamentalmente a través de dos mecanismos:

- i) haciendo ajustes en la metodología aceptada como ideal en cuanto a la frecuencia de las operaciones y/o su alcance, sin que eso comprometa un mínimo indispensable de calidad; y
- ii) buscando ampliar el soporte de operación, involucrando nuevos efectores o recursos, o aún integrando las acciones a programas o servicios disponibles en el área de interés para el control de triatominos. Evidentemente que las dos posibilidades deben ser examinadas y, una vez existiendo los medios para adoptarlas simultáneamente, esto deberá ser considerado.

1. Ajustes metodológicos

Entre lo que se considera modelar^{1,6,7}—evaluado, consolidado y recomendado como norma a seguir en el control anti vectorial—y lo que se podría concebir como un nivel de control aceptable, hay un cierto espacio para ajustes en la metodología, sin que eso represente necesariamente pérdida de la calidad o perjuicio de los resultados finales que se esperan. Los cambios que sería posible promover dependen en grande parte de los objetivos establecidos con el control o, en otros términos, lo cuán flexibles o rigurosas del punto de vista metodológico deben ser las acciones.

Cuando se busca la eliminación de un vector que sea estrictamente domiciliado, como *Rhodnius prolixus* en América Central o *Triatoma infestans* en el Cono Sur, no se podrá ciertamente hacer muchas concesiones en la extensión o en la periodicidad de las acciones ofensivas de rociado. Por otra parte, como es esa la meta y como el indicador exclusivo para verificarla es la presencia del vector, o sea infestación, la información entomológica puede ser menos refinada.

Al contrario, una vez el objetivo sea la interrupción de la transmisión previniendo la formación de colonias intra domiciliarias, lo que se propone para el caso de especies autóctonas — para las cuales la reinfestación es condición más o menos esperada — las intervenciones de control químico pueden ser de menor amplitud o menos rígidas. Aquí, también en contraste, la información entomológica debe ser más refinada.

1.1 Investigación entomológica

1.1.a Establecimiento de líneas de base, o encuestas entomológicas iniciales

Las normas técnicas existentes casi siempre determinan la necesidad de hacer búsqueda casa-a-casa, preferentemente del tipo hora-hombre, por personal especializado en toda la extensión del área objeto de las intervenciones. Esas pesquisas iniciales servirán para

* Presentado en la VI Reunión de la Iniciativa de Chagas de Centroamérica, Tegucigalpa, Honduras del 8 al 10 de Octubre de 2003.

orientar las actividades de rociado domiciliar con insecticidas y como parámetro inicial de medida para ulteriores evaluaciones.

Existen situaciones o circunstancias en que se puede admitir procedimientos alternativos:

- Cuando se dispone de indicaciones de cual es el área infestada es posible conocer los datos entomológicos a partir del propio rociado, a través de la colecta de ejemplares de los vectores inmediatamente después de la aplicación de insecticida. Eso es sobretodo aplicable a áreas con alta dispersión o infestación, en que el tratamiento integral del área está a principio indicado; y, particularmente, cuando la meta es la eliminación del vector, una vez que en ese caso no se requiere demasiada elaboración de los indicadores entomológicos en la comprobación del cumplimiento de los objetivos.
- Cuando se conoce que la distribución de los vectores domiciliados es focal.

Algunas otras alternativas pueden ser consideradas:

- La encuesta entomológica inicial puede estar limitada a localidades que se conoce están infestadas, y ser progresivamente extendida a localidades limítrofes, una vez físicamente próximas.
- Cuando en localidades grandes apenas parcialmente infestadas, como es el caso de la periferia de núcleos urbanos mayores, la encuesta puede empezar por ahí y progresar hasta que, con un margen de seguridad, ya no sean encontrados vectores domiciliados.
- Cuando no se dispone de ninguna información sobre la presencia de vectores en el ambiente domiciliar, pero se conocen las condiciones ambientales más o menos favorables a la domiciliación, la búsqueda puede ser a principio orientada con base en eso; lo mismo vale tanto para un agrupamiento de casas o una localidad como para el muestreo dirigido a casas en una localidad; una vez confirmada la infestación, la pesquisa puede ir siendo ampliada; y, una vez haya una alta infestación, instituido el rociado y adoptada la misma conducta sugerida para la primera situación.

I.1b. De rutina, como parte de las evaluaciones de repuesta al tratamiento químico y/o para orientar rociados subsiguientes

En la verificación de la eficacia del tratamiento químico domiciliar, y en pesquisas que se haga para ciclos siguientes, de carácter complementar o como refuerzo al primer rociado, la pesquisa puede ser limitada a las unidades domiciliarias positivas determinadas en las líneas de base.

I.1c. Como parte de la vigilancia entomológica

Aún que la vigilancia apenas pueda ser sostenida, por precepto, por la población y por los servicios locales de salud, por lo menos en la detección y notificación de triatomeos en el domicilio, en algunas situaciones no se puede prescindir de la pesquisa entomológica directa por personal técnico, principalmente en áreas de mayor riesgo o donde no existen servicios de referencia para la población, o de verificación de las notificaciones. Para la pesquisa regular la periodicidad puede ser anual o bianual, o con un mayor espaciamiento, según el grado de riesgo⁴. En respuesta a denuncias, las pesquisas de verificación serán episódicas, conforme la demanda.

I.2. Rociado

- La optimización — en el sentido de una relación costo-beneficio más ventajosa — de las operaciones de control con insecticidas, se puede lograr por el rociado selectivo, con cobertura parcial de localidades, cuando la meta sea la eliminación del vector. Para eso hay que tener absoluta seguridad con respecto a la inexistencia e improbabilidad de que el vector pueda infestar esas áreas o unidades domiciliarias no tratadas.
- En el caso de las especies nativas o autóctonas, el indicador para intervenir será la presencia de colonias intradomiciliarias de esas especies, o una grande densidad vectorial en el peri domicilio, lo que puede representar riesgo inminente de colonización de las casas por agotamiento de las fuentes alimentares peridomiciliarias.^{1,3.}
- Hay estudios que proponen el rociado con mayor selectividad todavía, dirigido o limitado apenas a los sitios ocupados por el vector en la habitación y, en el ambiente peri domiciliario, solamente a algunos anexos. Esos estudios se basan en la distribución desigual del vector, que se demostró estar presente casi que exclusivamente en los lugares donde hay oferta alimentar.² Esa propuesta podría ser ensayada en mayor escala, de una forma controlada para disponer de una evaluación absolutamente confiable. De cualquier modo, desde ya, se considera que ese tipo de tratamiento químico domiciliario, no es admisible en áreas para las cuales se pretende la completa eliminación del vector.

I.3. Evaluación

En la evaluación final de los resultados, de cumplimiento de las metas establecidas, tanto en el caso de eliminación del vector como para la demostración de la interrupción de la transmisión, no son aceptables ajustes que puedan comprometer, aunque ligera o tenuemente, la confianza de los datos de la pesquisa entomológica. En ese momento, procediendo con todo el rigor metodológico, se podrá incluso validar de forma cabal las variaciones de método sugeridas.

2. Incremento de los recursos para la operación

2.1. Estrategias de acción integrada

La acción integrada, más que la suma de esfuerzos, puede representar la potencialización de las acciones. La integración puede ser en la composición tecnológica del control, yuxtaponiendo medidas de intervención; o puede ser de carácter operativo, por la simultaneidad en la ejecución de distintas actividades o por la participación de distintos agentes en las operaciones.

En el caso de la enfermedad de Chagas la integración de medidas se limita a intervenciones sobre un único elemento de la cadena de transmisión que es el vector. Se puede agregar la pesquisa, entomológica, el rociado, el manejo ambiental, la “educación para la participación” comunitaria en una misma intervención o desplazamiento al terreno. Con esto se estará haciendo algún tipo de integración tecnológica y operativa⁵.

En cuanto a la participación de distintos efectores en la práctica de una misma acción, su viabilidad depende antes de todo de la identificación de instituciones, servicios y programas, de salud o no, que actúen en la misma área, con un modelo de operación similar al del control

vectorial. El convencimiento para su participación podrá depender de que los agentes especializados de campo para Chagas puedan también estar disponibles para la ejecución de tareas de interés de esos otros servicios.

2.2. Participación comunitaria

Una forma muy particular de integración, y altamente trascendente, se refiere a la población, a partir de una comprensión inteligente del problema representado por la enfermedad de Chagas.

La participación de la población es absolutamente indispensable, sobretodo en la vigilancia entomológica. No es solo la forma más barata, pero comprobadamente la más sensible para la detección de los vectores en el domicilio, por el simple hecho de que la observación puede ser permanente.

El interés de las comunidades será legítimo y estará siendo estimulado por la respuesta ofrecida por los servicios, pronta, oportuna y adecuada. Eso a su vez implica en la existencia de referencias claras para la población sobre como y donde informar y sobre la importancia de hacerlo. Debe haber, imprescindiblemente, una relación de mutua confianza.

2.3. Movilización de nuevos socios e recursos potenciales

Ya no se puede entender el control de las llamadas endemias como compromiso exclusivo del Estado, a través de las extensas campañas sanitarias del pasado.

Las actuales políticas de reducción de la máquina estatal, en mayor o menor grado implementadas en los países endémicos para la enfermedad de Chagas — frecuentemente justificadas por la descentralización o democratización del poder — llevó a una insuficiencia de medios para que los gobiernos puedan asumir completamente lo que se consideraba ser mandato exclusivo del sector publico.

La participación social, a su vez, asumió otra dimensión y significado; y el llamado tercer sector, de las organizaciones no gubernamentales y de los organismos de cooperación, encontró un vacío en que prosperaron iniciativas diversas. Para el control de la enfermedad de Chagas ya existen ejemplos concretos de una participación muy beneficiosa de esos organismos, la cual es necesaria y posible ampliar.

De otra parte en los niveles locales hay ciertamente muchos recursos que se podría movilizar. La propia descentralización operativa de los antiguos programas nacionales creó nuevas posibilidades, hasta ahora no suficientemente aprovechadas.

Referencias bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Controle da Doença de Chagas - Diretrizes Técnicas*. 1^{era} ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994, 80 pp.: il.
2. Rodrigues, V.L.C.; Ishiata, G.K. Comunicación personal. 1998.
3. Silveira A.C. Profilaxia. In: *Trypanosoma cruzi e Doença de Chagas*. 2^a.ed. Rio de Janeiro, Guanabara-KOOGAN, p. 75-87, 1999.
4. Silveira, A.C. Modelos alternativos de vigilância e controle da doença de Chagas para fases avançadas dos programas. In: *Grupo de Trabajo OPS para Consulta en Planificación Operativa, Estrategia y Evaluación de Etapas Avanzadas de Control Antivectorial en Enfermedad de Chagas*. Montevideo, Uruguay, 13 y 14 de noviembre de 2001. (OPS/HCP/HCT/194/01)

5. Silveira, A.C. *Opciones de control integrado de vectores sobre triatominos autóctonos*, 6 pp. Huatulco, México (trabajo no publicado), septiembre de 2003.
6. Teixeira G., Silveira A.C. Doença de Chagas. In: Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 105-115, 1994.
7. *WHO Control of Chagas Disease. Report Expert Committee*. Geneva. *Technical Report Series 905*, 95 p., 2000.

Proyecto Médicos Sin Fronteras/Bélgica y Ministerio de Salud: Municipio de Esquipulas, Departamento de Matagalpa, Nicaragua

Mabel Morales

Basados en los excelentes resultados de los proyectos realizados en forma colaborativa entre la Secretaría de Salud de Honduras y MSF/España y MSF/Francia en áreas endémicas de Honduras se está realizando un proyecto de intervención en el Municipio de Esquipulas, Matagalpa, Nicaragua entre el Ministerio de Salud Y MSF/Bélgica. El objetivo es disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedad de Chagas, mediante el ataque al vector con insecticidas de acción residual, identificación de la población infectada menor de 14 años mediante diagnóstico serológico para tratamiento etiológico, eliminación del riesgo de transmisión transfusional y desarrollar un fuerte plan de IEC. En el proyecto participa el Ministerio de Salud MINSAL por medio del Programa Nacional de Chagas y El Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia, el SILAIS de Matagalpa, el Centro de Salud de Esquipulas y el Hospital Regional de Matagalpa. También colabora el Banco de Sangre de la Cruz Roja Nicaragüense en Matagalpa y el equipo de MSF/Bélgica.

Cooperación de JICA en el Marco de la IPCA

Jun Nakagawa

El objetivo general de la cooperación de JICA es la eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas en América Central para el año 2010. Los objetivos específicos son: la eliminación de *R. prolixus* y la reducción de *T. dimidiata*. La cooperación de JICA se hace en tres niveles: cooperación en áreas fronterizas, cooperación entre países (intergubernamental) y cooperación internacional (JICA-OPS). Para que la cooperación en sus tres niveles sea efectiva, es necesario que los países analicen su situación para preparar una matriz de necesidades que pueden ser llenadas mediante la cooperación. En esta sexta reunión de la IPCA los delegados harán el ejercicio de preparar una matriz de necesidades que será la base de una mayor cooperación a considerar por JICA.

Proyecto Médicos Sin Fronteras/España y Ministerio de Salud y Asistencia Social: Municipio de Olopa, Departamento de Chiquimula, Guatemala

Mirian Espinal y Ana Palacios

El proyecto tiene como objetivo desarrollar conjuntamente con el MSPAS protocolos de diagnóstico serológico en niños menores de 14 años, para identificar los infectados y administrar tratamiento etiológico con seguimiento y evaluación. El Municipio de Olopa tiene 18600 habitantes y 4530 viviendas. El proyecto contempla el fortalecimiento de la vigilancia entomológica y el

desarrollo de un amplio plan de IEC en base a los resultados obtenidos con las encuestas de conocimientos, aptitudes y prácticas CAP.

Características de donantes de sangre seropositivos por agentes infecciosos del Programa Nacional de Sangre de la Cruz Roja Hondureña, 1998-2002

Elizabeth Vinelli

Establecer las características de los donantes seropositivos por agentes infecciosos, es una metodología para mejorar el reclutamiento, la captación y la selección de los donantes de sangre. Esto permite fortalecer la seguridad transfusional. Durante el período 1998-2002 se detectaron 1624 donantes seropositivos por diferentes agentes infecciosos en los dos centros de CRH, CENASA en Tegucigalpa y CERESA en San Pedro Sula. Todos estos donantes fueron confirmados con pruebas adicionales en Centros de Referencia. Las prevalencias serológicas encontradas en el total de donantes tamizados en estos cinco años fueron: 0.19 % para VHB; 0.019 % para VHC; 0.67 % para *T. pallidum*; 0.17 % para VIH; 0.07 % para HTLV I y II; y 0.86 % para *Trypanosoma cruzi*. Al igual que en todos los donantes tamizados en el país, siempre la prevalencia mas alta es para *T. cruzi*.

Propuesta de un Sistema de Información Geográfico para la IPCA

Ken Hashimoto

Se presenta la propuesta de desarrollar un sistema de información geográfico para la enfermedad de Chagas en los países miembros de la IPCA, que permitiría disponer de un mapa con la situación entomológica, epidemiológica y de avances en las intervenciones de control. En las reuniones anuales de la IPCA se presentaría el mapa con la información actualizada para análisis y programación de actividades. Esto permitiría además monitorear los objetivos de la IPCA y el cumplimiento de los compromisos políticos asumidos por los países.

Actualmente existe en el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá INCAP con sede en la Guatemala, un mapa digital de América Central, con límites políticos de los países, departamentos y municipios, Los 7 países de la IPCA tienen en total 89 departamentos y 1119 municipios. Los mapas digitales podrían aplicarse para establecer la presencia de *R. prolixus* por municipio y eventualmente por localidad, para establecer índices de infestación por *T. dimidiata* por departamento y municipio y también podrían aplicarse para seroprevalencia serológica en diferentes grupos erarios, seroprevalencia en donantes de sangre, cobertura de rociado y otros índices entomológicos.

Programa de Implantación de Marcapasos en el Instituto Nacional del Tórax, Honduras

César Carrasco y Alejandro Villeda

El programa de implantación de marcapasos cardíacos en el Instituto Nacional del Tórax INT de Honduras, se inició en 1994. El programa funciona con donaciones de marcapasos que hace la organización *HeartBeat Internacional*, marcapasos que compra el INT y por algunos comprados

por los mismos pacientes. El 65 % de los marcapasos implantados desde 1994 hasta el año 2002 es para pacientes con cardiopatías congénitas, bloqueo AV asociado a enfermedad coronaria, enfermedad degenerativa del sistema de conducción, bloqueo AV iatrogénico y otros síndromes cardiopáticos. **El 35 % restante es implantado a cardiopatas chagásicos.**

Las indicaciones de implantación de marcapasos cardíacos en pacientes con cardiopatía chagásica en su gran mayoría (73 %) son por bloqueo AV de tercer grado, siguiéndole el bloqueo AV de segundo grado y la bradicardia sinusal. La disponibilidad de marcapasos que tiene el programa no llena las necesidades que tiene el país y 35 % de los implantes realizados es para una cardiopatía prevenible como es la enfermedad de Chagas, por lo que todos los esfuerzos que se hagan para eliminar su transmisión están muy justificados.

Tendencias y prioridades en el diagnóstico serológico de la Enfermedad de Chagas

Carlos Ponce

El diagnóstico serológico de la enfermedad de Chagas se inició hace 90 años cuando en 1913 en Argentina se puso en práctica la prueba de fijación del complemento por Guerreiro y Machado. Hace 20 años se inició la estandarización de este diagnóstico cuando la OMS y la OPS por medio del Programa TDR iniciaron en 1983 un proceso de estandarización entre Laboratorios de Referencia. Actualmente se cuenta con un diagnóstico altamente confiable y aplicable a cualquier situación en que se requiera. Se dispone de reactivos comerciales con certificados de calidad internacional ISO y con un sistema de precalificación de reactivos.

Las tendencias y prioridades en el tema de diagnóstico serológico son: uso de reactivos comerciales con calidad acreditada y validada; procedimientos estandarizados; programas de control de calidad y personal calificado. Las prioridades para la IPCA en este campo son: contar con protocolo estandarizado para evaluación de reactivos; desarrollar un panel de sueros de referencia subregional; fortalecer los programas de control de calidad interno y externo en los países y desarrollar un programa subregional de evaluación externa del desempeño.

Control de *Triatoma dimidiata* en el Departamento de Jutiapa, Guatemala

Jun Nakagawa

El departamento de Jutiapa de la República de Guatemala se divide en 17 municipios y tiene 397000 habitantes. Es considerada el departamento con mayor infestación por *T. dimidiata*. La información de línea de base mostró un índice de dispersión de 85.7 % y de infestación de 34.5 %. La seroprevalencia en escolares fue de 4.2 %. Las intervenciones de rociado fueron hechas con tres insecticidas piretroides: beta-cyflutrina, deltametrina y lambda-cyhalotrina. La evaluación post rociado efectuada entre 12 y 16 meses después mostró que el índice de infestación bajó a 8.9 % y que los tres insecticidas tuvieron la misma acción. De esa experiencia se recomienda que para un control efectivo de *T. dimidiata* se requiere un segundo ciclo y una supervisión adecuada que garantice la calidad del mismo. La vigilancia entomológica activa y pasiva está instalada y nuevas evaluaciones se harán en el futuro.

VI. Acuerdos y compromisos

Los delegados de los países miembros que integran la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los países de América Central para el control de la enfermedad de Chagas (IPCA), durante la celebración de la VI reunión realizada en la ciudad de Tegucigalpa, establecieron los siguientes acuerdos y compromisos:

1. *Continuar* en el año 2004 con el importante proceso de Evaluaciones Técnicas Internacionales, realizando una evaluación de los avances alcanzados en el desarrollo de los Programas de Belice y Panamá.
2. *Realizar previa confirmación* de las Autoridades de Salud, la VII Reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de Centroamérica en la ciudad de Belice en el mes de Septiembre del 2004.
3. *Apoyar la realización del diagnóstico situacional de la enfermedad de Chagas* en Costa Rica, por parte de un grupo de expertos internacionales y nacionales que permita diseñar estrategias y actividades acordes con la situación particular, previa solicitud de las Autoridades de Salud de Costa Rica.
4. *Reconocer el apoyo y acompañamiento constante* brindado por la Organización Panamericana de la Salud por medio del Programa de Enfermedades Transmisibles, Asesoría Regional para enfermedad de Chagas y la Secretaría Técnica de la IPCA
5. *Reconocer el apoyo brindado* a la IPCA por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), la ONG Médicos Sin Fronteras, Agencia Internacional de Cooperación Canadiense y la Red Latinoamericana de Investigación y Control de Triatomíneos ECLAT.
6. *Reafirmar* a través de la Iniciativa los conceptos de la metodología y estrategia en materia de control de triatomíneos, estableciendo la lucha anti vectorial integrada con énfasis en el control químico, apoyado por intervenciones IEC y manejo ambiental, imprescindibles para alcanzar los objetivos establecidos.
7. *Expresar* al Dr. Concepción Zuñiga Presidente de la sexta reunión de la IPCA las condolencias de todos los participantes en la reunión, por el sentido deceso de su señora madre ocurrida el día 8 de Octubre.

VII: Recomendaciones

Recomendaciones generales

1. *Propiciar* por medio de la Secretaría Técnica de la Iniciativa con apoyo de los países un taller para control de calidad de insecticidas utilizados en el control de triatomíneos, vectores de la enfermedad de Chagas, incluyendo control químico, impurezas, formulación, presentación, rotulación, experiencia con su utilización, costo y las recomendaciones mínimas para su uso efectivo, que podría realizarse en Guatemala con apoyo de JICA/OPS en Marzo 2004.

2. *Continuar fortaleciendo el mecanismo de proyectos de cooperación entre países (TCC) de la OPS que facilitan las acciones de control e investigación de la enfermedad de Chagas, juntando las fortalezas y potenciales existentes en los países, con énfasis en las regiones fronterizas.*
3. *Invitar a la VIIª Reunión de la Comisión Intergubernamental a personal especializado en cartografía, encargando a OPS/JICA la posibilidad de contratación del recurso para desarrollar un Plan de Capacitación a los países miembros de la IPCA.*
4. *Solicitar a la OPS continuar propiciando la disponibilidad de medicamento etiológico (Benznidazol y Nifurtimox) y examinar posibles mecanismos que garanticen la disponibilidad, distribución y abastecimiento adecuado de los medicamentos etiológicos para la enfermedad de Chagas, con la participación de organizaciones tales como la Fundación Oswaldo Cruz.*
5. *Estimular en los países el registro y la inclusión de benznidazol y nifurtimox en el cuadro básico de medicamentos de cada país.*
6. *Hacer la consulta oficial ante el Ministerio de Salud de Brasil por medio de la Secretaría Técnica, sobre la situación de la producción de benznidazole y el mecanismo para adquisición de este medicamento en ese país.*
7. *Iniciar por medio de la Secretaría Técnica de la Iniciativa, las gestiones en los niveles correspondientes de la OPS para lograr la integración oficial de México a la IPCA, ante la manifestación expresada por los delegados invitados de ese país del deseo de sus Autoridades de Salud de integrarse a la IPCA.*
8. *Retomar la recomendación referente a las necesidades de capacitación de personal de salud de diferentes disciplinas y niveles en aspectos de diagnóstico, atención de pacientes agudos y crónicos, tratamiento, prevención y control con apoyo de JICA/OPS y otras organizaciones.*
9. *Preparar en cada país conjuntamente con su Representación de OPS un plan de entrenamiento de esos recursos, aprovechando la capacidad de los países de la subregión y de la región.*
10. *Expresar la obligatoriedad de administrar tratamiento etiológico a todos los seropositivos encontrados en cualquier estudio de acuerdo a las normas establecidas por OPS/OMS y en atención a los preceptos éticos.*
11. *Brindar a Panamá por medio de la Representación de la OPS en ese país y la Secretaría Técnica de la IPCA, todo el apoyo necesario, a fin de implementar las recomendaciones emanadas del Taller Técnico sobre *R. pallezens*, principal vector de la enfermedad de Chagas en el país. Recomendaciones que son válidas también para Costa Rica y Nicaragua donde este vector ha sido encontrado.*

12. *Continuar con las investigaciones* de poblaciones y subpoblaciones de *T. dimidiata* y *R. pallescens*, para conocer mejor su relación con diferentes patrones de comportamiento, su microbiota y otros aspectos ecológicos, que permitan desarrollar estrategias de vigilancia y control.
13. *Fortalecer el Laboratorio Central de Referencia Subregional para el diagnóstico serológico* de la enfermedad de Chagas con sede en Tegucigalpa, Honduras para la implementación de la Evaluación Externa del Desempeño en la región.
14. *Apoyar la estandarización y socialización de un protocolo* para la validación de kits y lotes de reactivos para el diagnóstico y tamizaje serológico de la enfermedad de Chagas.
15. *Promover alianzas estratégicas* entre los programas nacionales con instituciones gubernamentales, instituciones estatales y privadas, organismos internacionales de cooperación bilateral y multilateral, ONG interesados en el control y prevención de la enfermedad de Chagas y en el mejoramiento de vivienda.
16. *Solicitar a JICA la extensión del proyecto en Guatemala, El Salvador y Honduras*, a los otros países de la IPCA con el propósito de consolidar las acciones de control de la transmisión vectorial en todos los países.
17. *Realizar a través de IPCA un reconocimiento* a todas aquellas personas y organizaciones de América Central y México que han dedicado sus mejores esfuerzos a la construcción del conocimiento de la Enfermedad de Chagas y su control.

Recomendaciones específicas para bancos de sangre

1. *Realizar en todos los países el tamizaje serológico al 100%* de la sangre donada utilizando reactivos validados.
2. *Garantizar que todos los Bancos de Sangre participen* en Programas de Evaluación Externa del Desempeño en serología de agentes infecciosos transmisibles por sangre e inmunohematología.
3. *Promover la estrategia de donación voluntaria y repetitiva de sangre* en todos los países que conforman la IPCA
4. *Incluir en el interrogatorio de los donantes de sangre, preguntas dirigidas a diferir posibles donantes infectados con T. cruzi*, incluyendo materiales de apoyo que faciliten la identificación de los triatomíneos vectores.

5. *Desarrollar intervenciones específicas en la familia y el entorno del donante* confirmado como seropositivo, garantizándole una adecuada y oportuna atención.
6. *Considerar la información de donantes de sangre* generada para fortalecer la vigilancia epidemiológica de la enfermedad de Chagas.

Recomendaciones específicas para OPS

1. *Seguir brindando el apoyo* para efectuar las reuniones anuales de la Comisión Técnica Intergubernamental con fondos regionales y de país.
2. *Mantener el valioso apoyo* que la Secretaría Técnica de la IPCA tiene para éste proceso.
3. *Colaborar con la definición de prioridades de investigación operativa* en cada uno de los países y apoyar los proyectos formulados.
4. *Continuar promoviendo la movilización de recursos* técnicos y financieros necesarios para el fortalecimiento de la Iniciativa.
5. *Continuar estimulando el intercambio científico y técnico* con las otras iniciativas de la región.
6. *Procurar que los consultores* en enfermedades transmisibles de OPS en los países, participen en las reuniones de la Comisión Técnica Gubernamental de la IPCA.
7. *Procurar que el Programa de Investigación operativa del TDR/OPS* dé prioridad a los proyectos de investigación operativa formulados por los Ministerios de Salud, que estando dentro de las líneas de investigación tienen mérito científico y son relevantes para los programas de control.
8. *Procurar que a la reunión anual técnica de la IPCA asista un equipo multidisciplinario* de los países miembros (Coordinador de Programa, Entomólogo, Parasitólogo, Epidemiólogo, Bancos de Sangre),
9. *Mantener vigente la recomendación* de que la meta de eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas para el año 2010 siga enmarcada en los compromisos adquiridos en las reuniones del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD).
10. *Brindar el apoyo necesario a los Programas Nacionales* de Control de la enfermedad de Chagas a fin de garantizar la sustentabilidad, sostenibilidad y continuidad de los mismos, gestionando y movilizand o recursos necesarios que garanticen el logro de los objetivos y alcance de la meta establecida.

11. *Apoyar los esfuerzos realizados por los países miembros* de la IPCA para eliminar la transmisión de la enfermedad de Chagas a más tardar en el año 2010 y que se vele por que OPS y OMS certifiquen dicha eliminación país por país.
12. *Fortalecer los Programas de Control* de la enfermedad de Chagas y Sistemas de Vigilancia con participación comunitaria, a los países miembros de la IPCA.
13. *Continuar en la búsqueda y obtención de recursos extra presupuestarios* para fortalecer las actividades propias de los Programas de Control de la enfermedad de Chagas de los países miembros de la IPCA.
14. *Informar al Consejo Ejecutivo de OPS/OMS* de los avances realizados en cada uno de los países miembros de la IPCA.
15. *Garantizar el envío ágil y oportuno de los informes y documentos* productos de las actividades realizadas en la subregión en el marco de la IPCA.

Otras recomendaciones

1. En el marco de los *esfuerzos de integración subregional* en materia de salud, la Comisión Intergubernamental recomienda ampliar las acciones iniciadas por OPS, Ministerios de Salud y Banco Centroamericano de Integración Económica BCIE, para el diseño de un programa de adquisición conjunta de medicamentos, para el tratamiento de la enfermedad de Chagas.
2. La Comisión Intergubernamental recomienda *que se incrementen los esfuerzos para diseñar y ejecutar proyectos de mejoramiento y construcción de viviendas en poblaciones de extrema pobreza*, particularmente las ubicadas en comunidades endémicas por enfermedad de Chagas; la Comisión considera que se debe instar a los diversos organismos gubernamentales que tienen participación en la construcción de viviendas en áreas de pobreza así como a las ONG y Organismos Internacionales de Cooperación que puedan sumarse a esta actividad.
7. La Comisión de la IPCA considera conveniente aproximar *el tema de gestión de la vivienda y su espacio periférico* en el control de la enfermedad de Chagas a las actividades que sobre el tema vivienda realiza la Secretaría General del Sistema de Integración Centroamericana SICA, que permitirán buscar perspectivas mas amplias de control integral de vectores.
8. *Considerando que la enfermedad de Chagas en los países de América Central y México afectan mayoritariamente a las poblaciones indígenas*, ubicadas en áreas con situaciones de alto riesgo de transmisión, la Comisión recomienda *brindar prioritariamente atención integral* a estos núcleos de población en el marco de atención a las etnias.

9. Se recomienda el *diseño y desarrollo de estudios operacionales sobre metodologías alternativas para la vigilancia entomológica y el control vectorial*, en la perspectiva de que su validación y adopción permitan la ampliación de la cobertura de las acciones.
10. La Comisión Intergubernamental considera que aún cuando no está entre los objetivos de la IPCA, el *tema del tratamiento etiológico de la infección reciente en la población menor de 15 años* está vigente, contándose con antecedentes que indican ser una intervención eficaz. Sin embargo se debe tener muy claro que esta intervención solo se puede hacer en aquellas áreas con transmisión vectorial interrumpida con vigilancia entomológica y con la capacidad operativa del personal de salud local, para la administración con seguimiento.
11. Dada a conocer durante la VIª reunión, de la creación de la *Red Latinoamericana de Control de Vectores (RELCOV)*, los miembros de la Comisión Intergubernamental de la IPCA ven con satisfacción esta nueva instancia continental de colaboración en el control de los vectores de la enfermedad de Chagas, y de otras enfermedades e invitan a todos los interesados de los países de la IPCA a formar parte de esta red.
12. Los miembros de la Comisión Intergubernamental, habiendo conocido de la aprobación del proyecto *Chagas Disease Intervention Activities (CDIA)* patrocinado por la Comunidad Europea en apoyo a las Iniciativas subregionales de control de la enfermedad de Chagas, consideran oportuno procurar realizar en el año 2004, conjuntamente con OPS y otras Agencias de Cooperación Internacional, un taller sobre Vigilancia Epidemiológica, Diagnóstico y Tratamiento para los países miembros de la IPCA.

VIII: Anexos

(Siguen)

Anexo I: Agenda

Primer día: 8 octubre 2003

- 8:00 – 8:20 Inscripción de los participantes
- 8:20 – 8:40 Acto inaugural**
Palabras de bienvenida: Dr. Carlos Samayoa, Representante OPS/OMS en Honduras
Palabras: Lic. Elías Lizardo, Ministro de Salud de Honduras
- 8:40 – 9:00 Elección autoridades de la reunión, presidente y relator
- 9:00 – 9:20 Objetivos de la reunión, informe general
Dr. Delmin Cury, Secretario Técnico de la Iniciativa
- 9:20 – 12:30 Informe de los países**
Responsable Programa Nacional Chagas y Bancos de Sangre), 20 minutos cada uno.
- 9:20 – 10:00 Delegados de Belice: Sr. Walwyn Tillett y Sr. Roger Hewlet
- 10:00 - 10:30 Refrigerio*
- 10:30 – 11:10 Delegados de El Salvador: Dr. Jaime Enrique Alemán Programa de Chagas
Lic. Vilma de Aguilar, Laboratorio Central/Bancos de Sangre. MSPAS
- 11:10 – 11:50 Delegados de Guatemala: Dr. Luis Marroquín, Responsable Programa Chagas, y
Lic. Karina Letona, Laboratorio Garantía de Calidad, Departamento de Acreditación, MSPAS
- 11:50 – 12:30 Delegados de México: Dr. Flavio Sergio Martínez, Centro Nacional de Vigilancia
Epidemiológica y Dr. Sergio Sánchez Guerrero, Centro Nacional de Transfusión Sanguínea
- 12:30 – 2:00 Almuerzo**
- 2:00 – 2:40 Delegados de Nicaragua: Dra. Francisca Marín, Responsable Programa Chagas, y
Dr. Alberto Montoya, Director Parasitología (CNDR)
- 2:40 – 3:20 Delegados de Costa Rica: Dra. Nidia Calvo, Centro Información de Parasitología
del INCIENSA, y Dr. Juan Carlos Morera, Banco de Sangre. CCSS
- 3:20 – 3:50 Refrigerio*
- 3:50 – 4:30 Delegados de Panamá, Comisión Nacional Chagas “Plan de Acción 2004”:
Dra. Elsa Arenas, Directora Control de Vectores; Lic. Lorenzo Cáceres, Responsable Chagas
- 4:30 – 5:10 Delegados de Honduras: Dr. Concepción Zúniga, Responsable Programa Chagas, y
Dr. Jorge Fernández, Asesor Consejo Nacional de la Sangre
-

Segundo día, 9 octubre 2003

- 8:00 – 9:00 Panel: Cooperación horizontal entre países y contacto de la iniciativa con países vecinos – Resultados TCC/Chagas Guatemala-Honduras-El Salvador
- Cooperación horizontal entre países y proyectos TCC, nuevas propuestas (Bienio 2004-2005).
- 9:00 – 9:30 Laboratorio Subregional de Referencia en Serología/Chagas: Dr. Carlos Ponce
- 9:30 – 10:00 Tamizaje de agentes infecciosos, transmisibles por transfusión. Experiencia 5 años en Cruz Roja Hondureña, Dra. Elizabeth Vinelli
- 10:00 – 10:30 Refrigerio*
- 10:30 – 11:00 Estrategias para aumentar la cobertura y calidad de las acciones de lucha anti vectorial. Dr. Antonio Carlos Silveira, Asesor OPS
- 11:00 – 11:30 Programa implantación marcapasos – Instituto Nacional del Tórax. Dr. Alejandro Villeda B. Dr. César Carrasco.
- 11:30 – 12:30 Evaluaciones Internacionales**
- 11:30 – 12:00 Dr. Concepción Zúñiga, Responsable Programa Chagas de Honduras
- 12:00 – 12:30 Dra. Francisca Marín, Responsable Programa Chagas de Nicaragua
- 12:30 - 2:00 Almuerzo**
- 2:00 – 2:30 Impacto de Control de *T. dimidiata* en Jutiapa, Guatemala, Jun Nakagawa
- 2:30 – 3:00 Sistema de Información para IPCA, Ken Hashimoto. OPS/OMS Guatemala
- 3:00 – 3:30 Refrigerio*
- 3:30 – 4:00 Cooperación Técnica de JICA en el marco de la IPCA: Jun Nakagawa
- 4:00 – 6:00 Redacción de recomendaciones generales para autoridades de Salud y OPS. Acuerdos y compromisos
-

Tercer día: 10 octubre 2003

- 8:30 – 9:30 Aprobación de recomendaciones, acuerdos y compromisos
- 9:30 – 10:00 Clausura

Anexo II: Proyecto *Chagas Disease Interventions Activities* (CDIA)

El proyecto Actividades de Intervención en enfermedad de Chagas, identificado por sus siglas en inglés CDIA, es un proyecto aprobado en Septiembre del 2003 por la Comunidad Europea en el marco de la estructura de la Red ECLAT. El proyecto que durará tres años, tiene como objetivo fundamental apoyar a las Iniciativas subregionales del continente para lograr la eliminación de la transmisión para el año 2010 en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud. Las actividades que se podrán realizar son: talleres, reuniones, publicaciones y en menor grado apoyos puntuales de movilización. Todas las actividades deben ser aprobadas por los coordinadores y finalmente por el Comité Directivo.

El proyecto tiene un coordinador científico responsabilidad que tiene el Profesor Felipe Guhl de la Universidad de los Andes en Bogotá, Colombia; una coordinación financiera a cargo de la Dra. Dolores Bargués de la Universidad de Valencia, España y tres coordinadores subregionales, la Dra. Antonieta Rojas de Arias de la Universidad Nacional de Paraguay para la Iniciativa de los Países del Cono Sur, el Profesor Felipe Guhl de la Universidad de los Andes Colombia, para la Iniciativa de los Países Andinos y el Dr. Carlos Ponce de la Secretaría de Salud de Honduras, para la Iniciativa de los Países de América Centra y México. El proyecto tiene además un Comité directivo integrado por 11 personas, los cuatro coordinadores mencionados tres investigadores europeos, dos funcionarios de la Comunidad Europea y dos miembros externos de América Latina.

El apoyo para la IPCA que se pondrá a consideración para aprobación y realización en el 2004 será un taller sobre Vigilancia Epidemiológica, Diagnóstico Serológico y Tratamiento Etiológico. La primera reunión del Comité Directivo será en Copán, Honduras en Febrero del 2004.

Anexo III: Acta de creación de la *Red Latinoamericana de Control de Vectores (RELCOV)*

En Bogotá a los 28 días del mes de Agosto de 2003, los abajo firmantes deciden crear y constituirse en miembros fundadores de la Red latinoamericana de Control de Vectores (RELCOV), bajo los principios de apertura, independencia y horizontalidad. La red se integrará por Centros colaboradores de OPS/OMS en estudios de vectores de enfermedades, por universidades, centros de investigación, por instituciones o empresas con reconocida actividad en control de plagas de importancia en salud pública, por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, por científicos, especialistas, consultores en control de vectores de enfermedades con actividad en Latinoamérica y cualquier otra persona natural o jurídica que se adhiera a los objetivos de la red.

El **objetivo general** de RELCOV es optimizar el control de vectores de enfermedades en Latinoamérica a partir del máximo aprovechamiento de las capacidades y recursos de la región y en el marco de los propósitos y lineamientos de OPS/OMS.

Las **acciones** que se proponen para ser realizadas en el marco de RELCOV son las siguientes:

1. *Recopilar, consolidar, analizar, intercambiar y diseminar información científica, técnica y administrativa*, principalmente la generada en los distintos países latinoamericanos, sobre poblaciones de vectores y reservorios de enfermedades de importancia en Salud Pública para la región y sobre las estrategias y herramientas para su control y vigilancia.
2. *Brindar asesoramiento a los organismos nacionales de control de vectores de Latinoamérica y a otras instituciones o centros que lo soliciten*, a través de un Comité Regional de Expertos de RELCOV que actúe como foro técnico.
3. *Crear los mecanismos de gestión y estímulo para impulsar la investigación científica cooperativa, la formación y especialización del recurso humano de la región en control de vectores*, a través de actividades científicas y académicas.
4. *Promover la evaluación local de la eficacia y el impacto de las herramientas de control de vectores* en condiciones de laboratorio y campo, apropiadas a la realidad de la región.
5. *Asesorar a los responsables de los programas de control de vectores* en el uso correcto de plaguicidas y en el manejo de la resistencia.
6. *Crear los mecanismos para establecer y mantener programas permanentes de monitoreo de susceptibilidad y resistencia a plaguicidas* en las poblaciones de vectores de la región.
7. *Crear los mecanismos para establecer o reforzar el control de calidad local* según protocolos y especificaciones de OPS/OMS cuando existan, de los plaguicidas que los gobiernos de los países de la región adquieran para el control de vectores.
8. *Promover en la región el uso correcto de las herramientas de control dentro de las prácticas de manejo integrado y selectivo* de vectores, impulsando la implementación local de normas y manuales operativos sobre la base de los lineamientos de OPS/OMS y otros organismos internacionales.
9. *Difundir documentos técnicos y normativos nacionales e internacionales* que promuevan el uso de plaguicidas en salud pública que no sean causa de riesgos inaceptables para la salud humana y el medio ambiente.

En el futuro podrán formar parte de la misma nuevos miembros con la adhesión explícita a este documento.

Anexo IV: Matriz de necesidades en los países de la IPCA preparada por JICA y los delegados de la Comisión Intergubernamental (IC)

1. Control Vectorial										
	Entomología					Control vectorial			Gestión	Sistema de información
	Clasificación taxonómica	Exámenes parasitológicos	Identificación de fuentes de alimentación	Encuesta entomológica	Mapeo	Rociamiento	Monitoreo de resistencia	Manejo ambiental		
El Salvador	X	X	X	X	X			X		
Guatemala			X					X	X	
Honduras	X		X		X		X	X	X	X
Costa Rica			X	X	X	X	X	X	X	X
Belice		X	X		X					X
Nicaragua	X		X		X		X	X	X	X
Panamá			X	X	X	X		X	X	X
México			X		X			X		X

2. Diagnostico y tratamiento

	Encuesta serológica	Control de calidad	Banco de sangre	Diagnostico de pacientes	Detección de infección reciente	Vigilancia de transmisión congénita	Evaluación de tratamiento
El Salvador	X					X	X
Guatemala	X	X	X		X	X	
Honduras						X	
Costa Rica	X	X	X	X	X	X	X
Belice		X		X	X	X	X
Nicaragua	X	X	X	X	X	X	X
Panamá	X			X	X	X	X
México	X	X	X	X	X	X	X

Anexo V: Lista de participantes

Comisión Técnica Intergubernamental

Belice

Walwyn Tillet
Ministerio de Salud, Belize City
E-mail: walt@btl.net

Roger Hewlet
Ministerio de Salud, Belize City
E-mail: rogerh@yahoo.com

Costa Rica

Nidia Calvo
INCIENSA, Tres Rios, Cartago
E-mail: ncalvo@inciensa.sa.cr

Juan Carlos Morera Arias
Banco Nacional de Sangre CCSS
San José
E-mail: jcmorera@costaricense.cr

El Salvador

Jaime Alemán Escobar
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social,
San Salvador
E-mail: migelas@hotmail.com

Vilma de Aguilar
Ministerio de Salud y Asistencia Social, San
Salvador
E-mail: labcentralsv@hotmail.com

Guatemala

Luis Marroquín
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala
E-mail: arturomarroquin@yahoo.com

Karina Letona
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala
E-mail: kletonac@hotmail.com

Honduras

Concepción Zúñiga
Secretaría de Salud, Tegucigalpa
E-mail: e1m2z3s4@hotmail.com

Jorge Fernández
Secretaría de Salud, Tegucigalpa
E-mail: carponce@datum.hn

Nicaragua

Francisca Marín
Ministerio de Salud, Managua
E-mail: cndr@ibw.com.ni

Alberto Montoya Pérez
Ministerio de Salud, Managua
E-mail: cndr@ibw.com.ni

Panamá

Lorenzo Cáceres
Ministerio de Salud, Ciudad de Panamá
E-mail: lcaceres@gorgas.gob.pa

Elsa Arenas
Ministerio de Salud, Ciudad de Panamá
E-mail: earenas@minsa.gob.pa

Invitados especiales

Elías Lizardo
Secretaría de Salud de Honduras
Tegucigalpa, Honduras
E-mail: elizardo@yahoo.com

Mirna Moreno
Secretaría de Salud de Honduras
Tegucigalpa, Honduras
E- mail: morenorajo@yahoo.com

Humberto Cosenza
Secretaría de Salud de Honduras
Tegucigalpa, Honduras
E- mail: cosycia@datum.hn

Maria L. Matute
Secretaría de Salud de Honduras
Tegucigalpa, Honduras
E-mail: labcen@sigmanet.hn

Flavio S. Martínez
Programa Enfermedad de Chagas, Secretaría de
Salud, México
México D.F.
E-mail: fsmartinez@ssa.gob.mx

Sergio Sanchez
Centro Nacional de la Transfusión. Secretaría de
Salud
México D.F.
E-mail: Sánchez@salud.gob.mx

Julio Castro
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social,
Guatemala, Guatemala
E-mail: entosec@ops.org.gt

Jaime A. Juárez
Ministerio de Salud Pública Y Asistencia Social,
Guatemala, Guatemala
E-mail: entosec@intelnet.com

Jun Nakagawa
JICA, Tokio, Japón
E-mail: junnakagawa@hotmail.com

Michio Kojima
JICA Honduras
E-mail: michio_kojima@hotmail.com

Keiko Mizuno
JICA, Guatemala, Guatemala
E- mail: pumpkinhouse@hotmail.com

Kyoko Ota
JICA El Salvador
E-mail: ota.kyoko@jica.orgsv

Elisa M. de Ponce
Laboratorio Central, Secretaría de Salud.
Tegucigalpa, Honduras
E-mail: carponce@datum.hn

Oscar Melvin Sanabria
Ministerio de Salud y Asistencia Social. Santa
Ana, El Salvador
E- mail: bioentomologia@yahoo.com

René Berríos
Cruz Roja Nicaragüense. Managua, Nicaragua
E- mail : rbc20@ibw.com.ni

Emperatriz Lugo
Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua
E-mail: emperatriz_lugo_villalta@hotmail.com

Eric Lapalme
Cruz Roja Canadiense. San Salvador, El Salvador
E- mail: ericlapalme@navegante.com.sv

Gilles de Margerie
ACDI Tegucigalpa, Honduras
E- mail: gdemargerie@occ.hn

Birgit Calix
ASB Tegucigalpa, Honduras
E-mail: asb.honduras@gmx.net

Ana L. Palacios
MSF/España. Olopa, Guatemala
E-mail: msfe-olopa-sat@barcelona.msf.org

Mirian S. Espinal
MSF/España. Olopa, Guatemala
E-mail: misuyapa@yahoo.com

Nestor Laverde
MSF. Costa Rica
E-mail: nestorlaverde@hotmail.com

Humberto Méndez
INCAP. Guatemala
E- mail: hmendez@incap.ops-oms.org

Elena Sanchez
PRSS. Valencia, España
E-mail: sanruaop@yahoo.com

José R. Gómez
PRO-MESAS ACDI
Tegucigalpa, Honduras
E-mail: chejogomez@hotmail.com

Camilo Kuan
MSF/España
Barcelona, España
E-mail: camilo.kuan@barcelona.msf.org

Mabel Morales
MSF/Bélgica. Nicaragua
E-mail: msfb-mangua@brussels.msf.org

Silvia Pineda B.
MSF/Bélgica. Nicaragua
E-mail: msfb-mangua@brussels.msf.org

Fidelia Zuñiga
COTEDIH. La Esperanza. Honduras
E-mail: cotedih@yahoo.com

Donaldo Ochoa
FHIS. Tegucigalpa, Honduras
E-mail: dochoa@yahoo.com

Jorge Fernández
Secretaría de Salud. Tegucigalpa, Honduras
E-mail: joralfer@yahoo.com

Elizabeth Vinelli
Cruz Roja Hondureña. Tegucigalpa, Honduras
E-mail: Cenasa@honduras.cruzroja.org

Alejandro Villeda B.
Instituto Nacional del Torax. Tegucigalpa,
Honduras
Teléfono: (+504) 236-8849

César Carrasco
Instituto Nacional del Torax. Tegucigalpa,
Honduras
Teléfono: (+504) 236-8849

Satiel Fonseca
Bayer, Tegucigalpa, Honduras
E-mail: satiel.fonsecasf@bayer-ca.com

Juan M. Flores
Soluciones Integrales. Tegucigalpa, Honduras
E-mail: jflores@solintsa.zhn.com

Asesores

Antonio Carlos Silveira
Brasilia, Brasil
E-mail: atcrs@uol.com.br

Carlos Ponce
Secretaría de salud
E-mail: carponce@datum.hn

Invitados

Angel H. Santos
Secretaría de Salud. Juticalpa, Honduras
Teléfono: (+504) 885-2030

Luis I. Girón
Secretaría de Salud. La Esperanza, Honduras
Teléfono: (+504) 783-0046

Eliseo Santos
Secretaría de Salud. Choluteca, Honduras
Teléfono: (+504) 882-0586

Tomás Cruz
Secretaría de Salud. Santa Rosa de Copán,
Honduras
Teléfono: (+504) 662-0095

Naho Suzuki
JICA Copán, Honduras
E-mail: nahosuzuip@yahoo.co.jp

Elyn Romero
Secretaría de Salud. Santa Rosa de Copán,
Honduras
E-mail: elanroze@yahoo.com

Carlos Mazier
Secretaría de Salud. Gracias, Honduras
E-mail: carmazier54@yahoo.com

Karla Amaya
Secretaría de Salud. Santa Rosa de Copán,
Honduras
Teléfono: (+504) 662-0842

Emiliano López
Secretaría de Salud. Florida, Copán, Honduras
Teléfono: (504) 898-0148

Elmer Romero
Secretaría de Salud. Santa Rosa de Copán
Teléfono: (+504) 662-2253

Mercedes Martínez
Secretaría de Salud. Tegucigalpa, Honduras
Teléfono: (+504) 237-7899

Ramón Rosales
Secretaría de Salud. Tegucigalpa, Honduras
Teléfono: (+504) 237-7899

Adán Pavón
Secretaría de Salud, Santa Bárbara, Honduras
Teléfono: (+504) 643-2064

Takaaki Kugo
JICA. Lempira, Honduras
E-mail: tentyo622@hotmail.com

Edy Avelar
Secretaría de Salud. Yoro, Honduras
E-mail: edy_avelar@yahoo.com

Rossell López
Secretaría de Salud. Yoro, Honduras
Teléfono: (+504) 671-2999

Verónica Sosa
Secretaría de Salud. Tegucigalpa, Honduras
Teléfono: (+504) 232-1135

Suyapa Prudot
Secretaría de Salud. Tegucigalpa, Honduras
E-mail: sueprudot@hotmail.com

Megumi Fujita
JICA. Intibucá, Honduras
E-mail: megufuji@hotmail.com

Osmundo Bustillo
Secretaría de Salud. Tegucigalpa, Honduras
Teléfono: (+504) 221-0605

Ruth Amador
Secretaría de Salud. Tegucigalpa, Honduras
Teléfono: (+504) 222-5771

Santos Alonso Aguilar
Secretaría de Salud. Tegucigalpa, Honduras
Teléfono: (+504) 222-5771

Nerza Paz
Secretaría de Salud. Tegucigalpa, Honduras
Teléfono: (+504) 232-6443

Francisco Medina
Secretaría de Salud. Proyecto ACCESO
Teléfono: (+504) 238-0976

OPS/OMS

Carlos Samayoa
Representante OPS/OMS Honduras
Tegucigalpa, Honduras
E-mail: samayoac@hon.ops-oms.org

Delmin Cury
Representación OPS/OMS en Honduras
E-mail: curyd@hon.ops-oms.org

Enrique Gil
Representación OPS/OMS en Guatemala
E-mail: gilenriq@gut.ops-oms.org

Luis Améndola
OPS/OMS Honduras
Tegucigalpa, Honduras
E-mail: amendolal@hon.ops-oms.org

Ken Hashimoto
Representación OPS/OMS en Guatemala
E-mail: hashimok@gut.ops-oms.org