



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

OPS/HPC/HCT/95.57
Original: Español

**INICIATIVA DEL CONO SUR
IV REUNIÓN DE LA COMISION INTERGUBERNAMENTAL PARA
LA ELIMINACIÓN DEL TRIATOMA INFESTANS
Y LA INTERRUPCIÓN DE LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA
TRANSFUSIONAL**

**22 al 24 de Marzo, 1995
Asunción, Paraguay**

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

INDICE

- I. ANTECEDENTES**
- II. SESION INAUGURAL DE LA IV REUNION DE ASUNCION Y OBJETIVOS DE LA MISMA**
- III. SESIONES DE TRABAJO**
 - 1. SITUACION GENERAL**
 - 2. SITUACION EN CADA PAIS**
 - ARGENTINA
 - BOLIVIA
 - BRASIL
 - CHILE
 - PARAGUAY
 - URUGUAY
- IV. FINANCIAMIENTO**
- V. SITUACION ACTUAL DE LA INVESTIGACION EN PROGRAMAS NACIONALES**
- VI. PRESENTACIONES ESPECIALES**
- VII. DISCUSION Y ANALISIS GENERALES**
- VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA III REUNION DE MONTEVIDEO**

IX. CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LA III REUNION

X. RECOMENDACIONES DE LA IV REUNION

ANEXOS:

- 1. LISTA DE PARTICIPANTES**
- 2. PROGRAMAS DE GARANTIA DE CALIDAD DEL DIAGNOSTICO SEROLOGICO DE T. CRUZI EN ARGENTINA**
- 3. PRIORIDADES DE INVESTIGACION**

La 2da. Reunión de la Comisión Intergubernamental se realizó en Santa Cruz de la Sierra, en 1993, y contó con la presencia de representantes de los gobiernos participantes en la Iniciativa del Cono Sur, una representante del Ministerio de Salud del Perú, funcionarios de OPS y OMS y delegados de Agencias de Cooperación Externa. Esta reunión tuvo el objetivo de evaluar las actividades desarrolladas en los países y el grado de avance en relación a las metas propuestas.²

La 3ra. Reunión de la Comisión Intergubernamental se realizó en Montevideo, Uruguay, en marzo de 1994, y en la misma se revisaron las actividades desarrolladas en 1993, con relación a los objetivos definidos por los países de eliminación del *T. infestans* e interrupción de la transmisión transfusional del *T. cruzi*.³

II. SESION INAUGURAL DE LA IV REUNION DE ASUNCION Y OBJETIVOS DE LA MISMA

La IV Reunión se inició con la presentación del Dr. José Fiusa Lima, Representante de la OPS/OMS en Paraguay, quien agradeció la presencia de los delegados de los Ministros de los países del Cono Sur y señaló la importancia de esta Reunión anual para mostrar los avances de la Iniciativa, remarcando los objetivos de la presente reunión:

- a. Revisar las actividades desarrolladas durante 1994 en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, en relación a los objetivos definidos de eliminación del *T. infestans* e interrupción de la transmisión transfusional del *T. cruzi*.
- b. Analizar el grado de cumplimiento de las conclusiones y recomendaciones de la reunión anterior.
- c. Acordar compromisos de trabajo que permitan consolidar los resultados alcanzados a la fecha.

El Dr. Andrés Vidovich Morales, Ministro de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay y Secretario Pro-Tempore de la Iniciativa del Cono Sur, resaltó la importancia de la misma como propulsora de las acciones de eliminación del *T. infestans* y reafirmó los compromisos del gobierno local para la continuidad de las acciones.

Posteriormente, el Dr. Gabriel Schmunis, de la División de Prevención y Control de Enfermedades OPS/Washington, solicitó a los participantes candidatos a los efectos de designar las autoridades de la reunión. La Lic. Olga Woroniecki y la Dra. Elsa Segura fueron elegidas como presidente y vice-presidente, respectivamente, de la Reunión, y los Dres. Jorge Velazco y Rosa Salomón como relatores.

² Doc OPS/HEC/RCT/93-2

³ Doc OPS/HEC/RCT/94-37

I. ANTECEDENTES

Los Ministros de Salud de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, reunidos en Brasilia en julio de 1991 en el marco de la "Iniciativa de los Países del Cono Sur", emitieron la Resolución sobre Control de Enfermedades Zoonosis, 04-3-CS, que indica: "Crear una Comisión Intergubernamental para la enfermedad de Chagas, con la OPS como Secretaría, para la elaboración de un programa y un plan de acción subregional para la eliminación del *T. infestans* domiciliario y la interrupción de la transmisión del *T. cruzi* por transfusión. Ese trabajo deberá considerar especialmente la situación y los planes nacionales existentes y los mecanismos de cooperación técnica interpaíses y deberá ser concluido en un plazo de seis meses."

Los objetivos de este programa y plan de acción Subregional son:

- Eliminación del *T. infestans* de las viviendas y su peridomicilio en áreas endémicas y probables.
- Reducción y eliminación de infestaciones domésticas de otras especies de Triatómicos que concurren en las mismas zonas ocupadas por el *T. infestans*.
- Reducción y eliminación de la transmisión transfusional, por medio del fortalecimiento de la Red de Bancos de Sangre y selección efectiva de donantes de sangre.

En lo que respecta a las operaciones destinadas a eliminar al vector, el cronograma del programa propuesto, debería ser de diez años. Esto incluye operaciones regulares de rociamiento con insecticida de acción residual en ciclos trimestrales a partir del primer año (ataque), acompañadas por operaciones de vigilancia epidemiológica, entomológica y de monitoreo serológico de la población. Esas acciones de vigilancia tendrán que tener un carácter permanente, y es por eso que deberán contar con una activa participación comunitaria. Siempre que se compruebe la reinfestación de los domicilios las operaciones con insecticida serán reiniciadas.¹

La Ira. Reunión de la Comisión Intergubernamental (CI) se llevó a cabo en Buenos Aires, en 1992. En ella se recaleó la excelencia y premura del trabajo realizado hasta la fecha. Desde agosto de 1991, los países del Cono Sur desarrollaron los programas nacionales 1992-1995 y los planes de acción para el año 1992. En la mayoría de los países, la voluntad política para la interrupción de las dos más importantes vías para la transmisión de la tripanosomiasis americana se reflejó en la provisión de fondos locales para la ejecución de las acciones de prevención y control.¹

¹ Doc. OPS/PNSP/92-18.

III. SESIONES DE TRABAJO

I. Situación General

El Dr. José Fiusa Lima, resumió la situación actual en los diferentes países, según los informes anticipados por cada uno de los países participantes.

La prevalencia de infección por *T. cruzi* en los países del Cono Sur indica que más de 50 millones de personas están expuestas al riesgo de infectarse. El total de la población infectada se estima en unos 16 millones de habitantes.

CUADRO 1

PREVALENCIA DE INFECCION POR T. CRUZI EN PAISES DEL CONO SUR

PAISES	POBLACION TOTAL (1)	POBLACION EN RIESGO (2)	No. DE INFECTADOS (2)
ARGENTINA	32.322.000	6.900.000	2.640.000
BOLIVIA	7.314.000	1.800.000	1.333.000
BRASIL	150.368.000	41.054.000	6.340.000
CHILE	13.173.000	1.000.000	187.000
PARAGUAY	4.277.000	1.475.000	397.000
URUGUAY	3.094.000	975.000	37.000
TOTAL	210.548.000	53.204.000	10.934.000

NOTAS

- (1) Datos del Banco Interamericano de Desarrollo, 1990
 (2) Datos de los Ministerios de Salud y estimaciones de la OMS, 1990

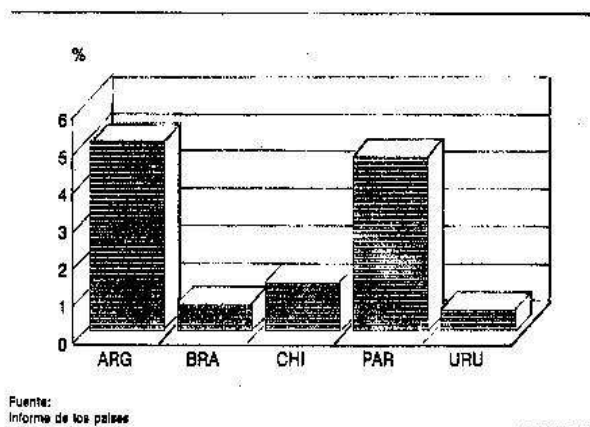
Las tasas de infección por enfermedad de Chagas en los países del Cono Sur son: Uruguay 1.25%, Brasil 4.3%, Argentina 7.2%, Chile 10.6%, Paraguay 11.59% y Bolivia 22.2%⁴, sin embargo, estas tasas no son reflejo de la actual situación en la mayoría de los países de la Iniciativa, ya que no tienen en cuenta los resultados positivos alcanzados por los Programas de Control.

⁴ Tomado de Schmunis, G.: La Tripanosomiasis Americana como Problema de Salud Pública. Cap. 1 de la Publ. Cient. Nº 547 de la OPS/OMS: La Enfermedad de Chagas y el Sistema Nervioso. Washington, DC, 1994.

La prevalencia de infección en donantes de sangre en los distintos países del Cono Sur varía del 0,6 al 5%. Cinco de los países integrantes de la Iniciativa tienen reglamentaciones que hacen obligatorio el tamizaje serológico de la sangre de los donantes.

FIGURA 1

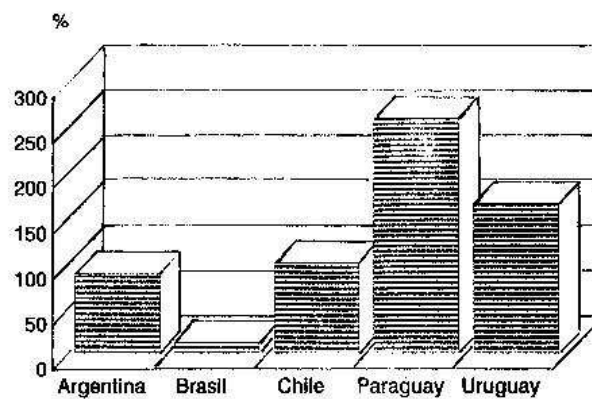
**PREVALENCIA DE INFECCION POR T.CRUIZ
DONANTES DE SANGRE**



Se dispone información de 1.953 servicios de hemoterapia, de los que el 83% son servicios públicos y 7% privados. Esos bancos de sangre han registrado a un millón doscientos mil donantes, de los que más de un millón fueron controlados serológicamente para detectar infección por hepatitis B, hepatitis C, *T. cruzi*, VIH y/o sífilis. La prevalencia de serología positiva para *T. cruzi* ha variado de la siguiente forma: Argentina 5.1%, Brasil 0.75%, Chile 1.3%, Paraguay 4.5% y Uruguay 0.6% (figura 1).

Según la información disponible entre los 6 países miembros se han rociado más de 300.000 viviendas durante 1994, lo que representa un significativo avance. Las variaciones en las coberturas alcanzadas en cada uno de los países reflejan el esfuerzo realizado (figura 2).

FIGURA 2
CUMPLIMIENTO DE LA META PROPUESTA* DE VIVIENDAS ROCIADAS
1994



Fuente: Informe de los Países
BOLIVIA: no informo sus metas

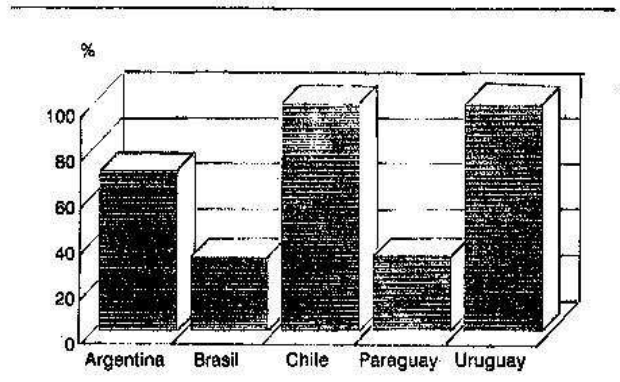
GRAFICO Nº 2

III Reunión de la Iniciativa, Montevideo, 1994

La meta de trabajar 2.445 municipios ubicados en áreas con transmisión vectorial, fue alcanzada en un 44%; la cobertura en Chile y Uruguay fue del 100% (55 y 4 municipios respectivamente) (figura 3).

FIGURA 3

**METAS DE MUNICIPIOS/LOCALIDADES ROCIADAS
1994**



Fuente: Informe de los Países
BOLIVIA: no informó sus metas

GRAFICO Nº 3

2. Situación en cada País

ARGENTINA

La Dra. Elsa Segura presentó los logros del Programa de Control de Chagas en Argentina, informando que, con el trabajo realizado en 1994, la Argentina habría completado el rociado del 100% de las viviendas ubicadas en áreas de alto riesgo.

En 1994 se han rociado 143.068 viviendas, alcanzándose una cobertura del 88.7% sobre lo programado. La vigilancia entomológica postratamiento indicó una reinfestación promedio del 1.9% de viviendas.

El Programa Nacional ha centrado su esfuerzo en la capacitación del recurso humano de las provincias y municipios. Los ejes de esta capacitación fueron el control vectorial, el laboratorio para el control de los bancos de sangre, diagnóstico de laboratorio clínico, detección y tratamiento de la madre infectada y seguimiento de su hijo, atención del niño chagásico y del paciente transplantado.

De un total de 757 servicios de hemoterapia, consados en el país, se recibió información de 554 (73%). La prevalencia de serología positiva para *T. cruzi* en donantes de sangre fue del 5.1%.

Se ha iniciado el programa de detección de la madre infectada y el seguimiento de su hijo en la provincia de Tucumán. Se estudiaron 9400 mujeres embarazadas, resultando reactivas 425; 378 niños fueron seguidos serológicamente por un año, con dos observaciones, resultando un 7.5% de infectados congénitos.

La prevalencia de infección en jóvenes de 18 años convocados para el servicio militar fue del 1.5%, confirmando la tendencia decreciente observada en los últimos años.

La Dra. Segura presentó también los resultados de la organización del Control de Calidad en los Laboratorios Nacionales de Referencia de diagnóstico de la infección por *Trypanosoma cruzi*. Explicó la conformación de la red de Laboratorios en la Argentina (Anexo 3), y a nivel de los laboratorios centrales de los países de la Iniciativa, donde se ha instituido un sistema de control de calidad. Asimismo mencionó los resultados obtenidos por los seis laboratorios nacionales de referencia para el diagnóstico de *T. cruzi* con los paneles de sueros enviados oportunamente. Los responsables de los Laboratorios de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, recibieron un panel de 19 sueros pertenecientes: 7 a Chile, 3 a Uruguay, 3 a Paraguay y 6 a Argentina. El panel consta de 7 sueros no reactivos y el resto, de sueros reactivos con títulos altos y bajos. Estos sueros alicuotados y codificados según protocolo de Buenos Aires (marzo de 1994), se enviaron formando los paneles A y B, a todos los países por correo rápido.

La recepción fue buena en Uruguay, Paraguay y Bolivia, muy tardía para Chile y no llegó a Brasil. A Brasil, se envió por mano un duplicado de los paneles. Como ejemplo se presentaron los resultados obtenidos con el panel B.

Once de los 19 sueros utilizados presentaron 100% de concordancia en todos los laboratorios, 7 sueros, 83% y un suero 67%. Se estuvo de acuerdo que en el corriente año las acciones se harán de acuerdo al cronograma siguiente:

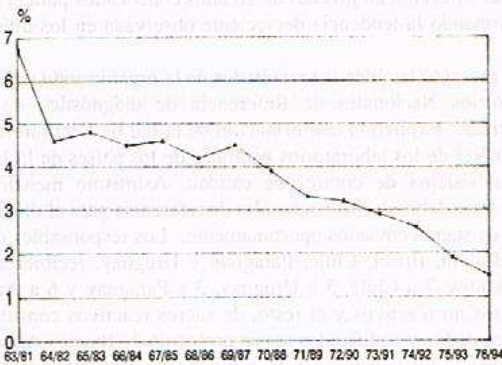
1. Envío de dos paneles (C y D), en el mes de marzo.
2. Procesamiento de las muestras en cada país, en los meses de abril-mayo.
3. Envío de dos paneles (E y F), en el mes de julio.
4. Procesamiento de las muestras en cada país los meses de agosto y setiembre.

El Dr. Chuit describió con más detalle los resultados del Programa de Control Vectorial en la República Argentina, destacando que los beneficios de las acciones desarrolladas durante los últimos 30 años de funcionamiento del Programa. Resaltó la disminución de

las prevalencias serológicas en varones de 18 años, a ser incorporados para el Servicio Militar, que de una prevalencia del 10.3% en los años 1965-1969, desciende a menos del 1.6% en 1994 (figura 4).

FIGURA 4

**PREVALENCIA DE INFECCION POR T.CRUIZI
EN PRECONSCRIPTOS. ARGENTINA, 1981-1994**



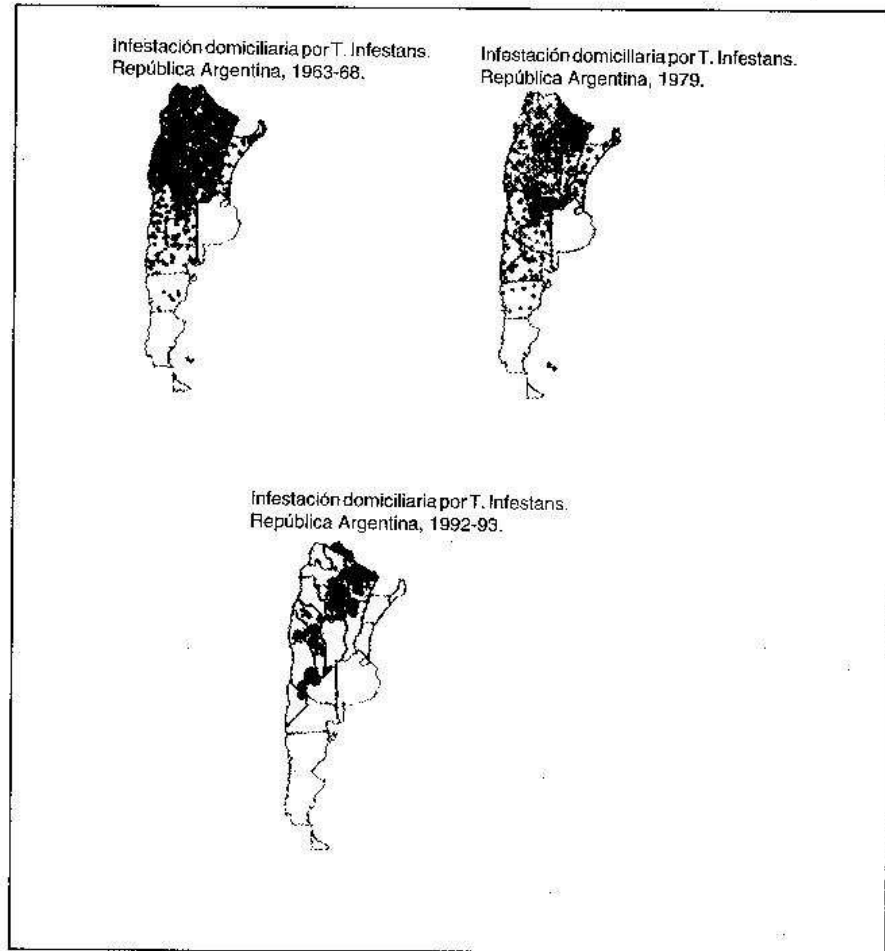
Fuente Secretaría de Movilización
MS y AS 1994

GRAFICO Nº 4

En los mapas, puede observarse la evolución que en el país ha tenido la dispersión de la infestación domiciliar por *T. infestans*, desde 1963, previamente a toda acción de control, hasta 1993. Inicialmente, la mayoría de las provincias tenían más del 75% de sus viviendas infestadas; según diversos estudios la infección de triatomínicos por *T. cruzi* oscilaba entre un 30 a 60%.

Las acciones de control han modificado el mapa de área geográfica infestada y las densidades vectoriales en amplias zonas. Hoy, existen numerosas provincias donde la infestación domiciliar está por debajo del 3%. (figura 4)

FIGURA 5

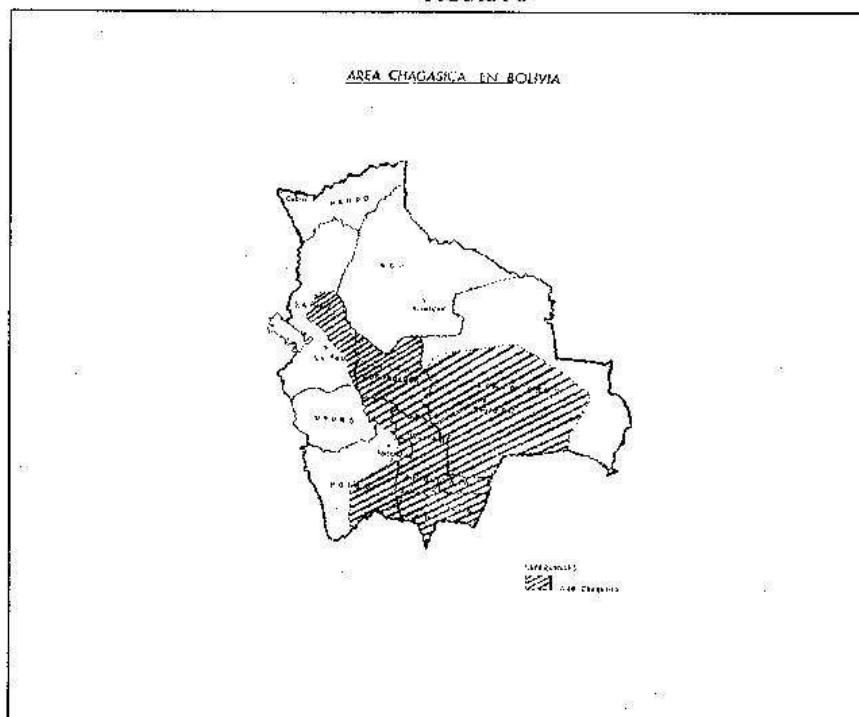


Cerrando su informe, el Dr. Chuit analizó el número de lesiones electrocardiográficas que se ahorraron con las acciones de control. Comparando la infestación domiciliaria y prevalencia de la infección por *T. cruzi* en conscriptos, hoy son esperables 12.000 electrocardiogramas patológicos, en el mismo grupo en el cual se encontrarían 63.000, si no se hubiesen realizado las acciones de control de la transmisión .

En el estudio de costo, tomando aquellos costos directos de atención médica y los Años de Vida Ajustados por la Discapacidad perdidos (AVADs) , se puede mencionar que actualmente, si no se hubiesen realizado acciones, se estarían invirtiendo aproximadamente U\$S 60.000.000 en atención médica y los AVAD perdidos se estimarían en U\$S 8.845.919.107. Por otra parte, el Programa en sus 33 años de funcionamiento ha invertido aproximadamente U\$S 600.000.000 y se han ahorrado U\$S 3.000.000.000 en AVADs.

BOLIVIA

FIGURA 6



El Dr. Jorge Velasco explicó las razones que impidieron que Bolivia estuviera representada en la anterior Reunión. Aclaró que en la actualidad, el Programa, que anteriormente dependía operativamente de la Unidad de Gestión de Chagas, depende ahora de la Dirección Nacional de Enfermedades y Riesgos de la Secretaría Nacional de Salud, accediendo así a todos los recursos humanos y físicos que pueda tener un Programa Integrado de Control de Vectores.

El área de dispersión geográfica de *T. infestans* en Bolivia incluyen más de la mitad de su territorio, donde residen 3.500.000 habitantes, 40% de los cuales estarían infectados (figura 6).

En 1994, se han mejorado 6.376 viviendas, fumigado 8.309 y 12.644 fueron mejoradas y fumigadas, totalizando 27.329 viviendas intervenidas. Así se protegieron aproximadamente 129.351 habitantes. Debido a la reestructuración del Programa y a las múltiples organizaciones que realizan actividades antichagásicas no se contó con una programación, que permita medir la cobertura alcanzada. Sin embargo, el Programa logró capacitar 554 líderes comunitarios, quienes realizaron los estudios de línea de base, con supervisión directa de técnicos del Programa.

El Programa de Control de Chagas Transfusional está en fase de organización, habiéndose avanzado en los trámites para obtener la Ley de Bancos de Sangre, que actualmente está en consideración del Congreso. Asimismo están por establecerse dos redes de Bancos de Sangre, una en La Paz, y otra en Santa Cruz.

El Sr. Abraham Jemio, presentó la metodología y el estado actual de las actividades de control vectorial que se llevan a cabo en Bolivia, indicando las áreas prioritarias de acción, en la región sur del país.

BRASIL

Brasil definió como prioridades para el año 1994, en lo que respecta al Programa de Enfermedad de Chagas:

1. La revisión y actualización de las directivas técnicas para el control, incorporando a la rutina de operaciones los procedimientos que se han definido y acordado en el marco de la Iniciativa de los Países del Cono Sur para la Eliminación del *Triatoma infestans*.
2. La implementación de la vigilancia entomológica realizando actividades de carácter permanente con participación social y adopción de instrumentos de detección de triatomíneos en la vivienda.
3. La producción y oferta de sistemas informatizados para la colecta y procesamiento de los datos.
4. Retomar el control químico de los vectores, particularmente para el área con infestación residual de *T. infestans*.

Estas metas han sido casi integralmente cumplidas.

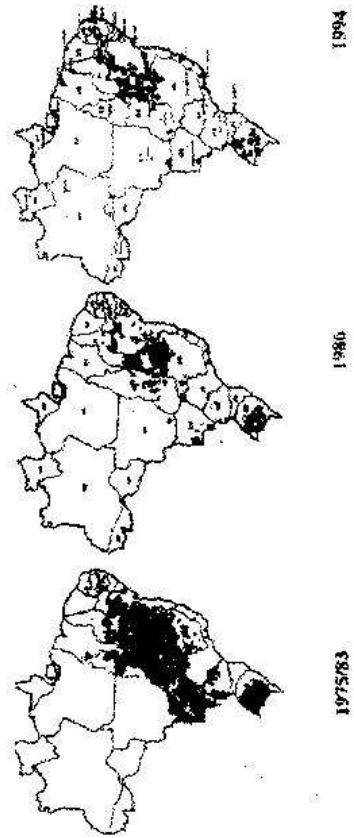
El total de casas investigadas en el período de enero a setiembre de 1994, alcanzó a 1.025.124, en todo el país, y en aquellos estados con presencia de *T. infestans* fueron investigadas 709.012 viviendas. Resultaron positivas en todo el país 48.505 viviendas por diferentes especies de vectores. El número de ejemplares de *T. infestans* capturados fue de 895. Esto representa una cifra extremadamente baja de ejemplares promedio capturados por casa investigada ($895/709.012=0,00126$). La figura 7 muestra la evolución decreciente de la infestación por *T. infestans* en el Brasil.

Se han rociado, entre enero y setiembre de 1994, un total de 107.000 viviendas y se implementaron investigaciones serológicas para la evaluación del impacto del control vectorial. Así entre 1989-1994, fueron procesados 34.035 sueros en el grupo etario de 7 a 14 años, con apenas 52 sueros reactivos (0.15%) (Cuadro 2).

Con base en estos datos, se considera que el objetivo de la eliminación está próximo a ser logrado, sobre todo para algunas áreas en particular, como el Estado de Minas Gerais, donde el residuo de infestación está limitado a cuatro municipios, con una captura anual, para 1994, de 15 ejemplares de *T. infestans*. Los Estados en los que el residuo de infestación es todavía importante son Bahía y Río Grande do Sul (Cuadro 3).

El Dr. Amadeo Sáez Alquézar presentó los datos relacionados con el Programa Nacional de Sangre. Indicó que el mismo controla los procedimientos utilizados para la detección de donantes seropositivos en Sífilis, SIDA, Hepatitis B y C y *T. cruzi* y mostró los datos de prevalencia de 1987-1993. Durante 1994 trabajaron con un universo de 1.138 servicios de hemoterapia, de los que 274 llevan a cabo la serología para *T. cruzi* en donantes. Se realizaron más de 800.000 exámenes, 6.058 de los cuales, fueron positivos (prevalencia de 0.75%) (Figura 8).

FIGURA 7
AREA DE DISTRIBUCION DE TRIATOMA INFESTANS EN BRASIL



CUADRO 2
 NUMERO DE UNIDADES DOMICILIARIAS INVESTIGADAS, NUMERO DE
 EJEMPLARES DE *T. infestans* CAPTURADOS Y N° DE EJEMPLARES CAPTURADOS
 POR CASA, DISTRIBUCION POR ESTADO. BRASIL, 1994.

ESTADO	UDs INVESTIGADAS	T infestans CAPTURADOS	EJEMPLARES T. infestans/UD
BAHIA	137.199	456	0,00332
GOIAS	112.444	24	0,00021
MATO GROSSO	28.583	1	0,00003
MATO G. DO SUL	21.887	1	0,00005
MINAS GERAIS	153.947	15	0,00010
PARAIBA	33.144	28	0,00084
PARANA	1.906	0	0,00000
PERNAMBUCO	71.141	77	0,00108
PIAUJ	51.240	13	0,00025
RIO G. DO SUL	85.298	280	0,00328
TOCANTINS	12.223	0	0,00000
TOTAL	709.012	895	0,00126

UDs: Unidades domiciliarias

CUADRO 3

NUMERO DE SUEROS PROCESADOS (RIFI) Y REACTIVOS PARA LA INFECCION CHAGASICA EN MUNICIPIOS SELECCIONADOS DE LOS ESTADOS DE ALAGOAS, BAHIA, GOIAS, MARANHAO, MATO GROSSO, MINAS GERAIS, PARAIBA, PIAUI, RIO GRANDE DO NORTE Y RIO GRANDE DO SUL, EN POBLACION DE 7 A 14 AÑOS.

ESTADOS	Nº. MUNICIPIOS	NUMERO DE SUEROS		% DE POSITIVOS
		PROCESADOS	REACTIVOS	
ALAGOAS	7	2.700	0	0.00
BAHIA	2	398	1	0.25
GOIAS	4	1.037	1	0.10
MARANHAO	2	1.025	0	0.00
MATO GROSSO	10	569	1	0.18
MINAS GERAIS	68	15.445	9	0.06
PARAIBA	16	7.272	26	0.36
PIAUI	9	1.214	2	0.16
RIOG. DO NORTE	26	3.653	1	0.03
RIOG. DO SUL	7	722	11	1.52
TOTAL	151	34.035	52	0.15

FIGURA 8
**PREVALENCIA DE SEROLOGIA POSITIVA PARA T. CRUZI
 EN DONANTES DE SANGRE. BRASIL. 1987-1993.**

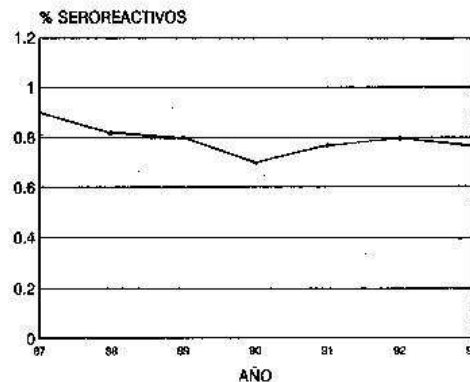


GRAFICO Nº 5

CHILE

El Ing. Julio Valdés presentó la situación epidemiológica y los logros de las actividades de control en Chile. Tanto en fase de ataque, como de vigilancia, se cumplió con el 100% de la meta propuesta para el rociado de viviendas. Un total de 2.766 viviendas fueron tratadas en Arica, Iquique, Antofagasta, Copiapó, Coquimbo, San Felipe-Los Andes, Viña del Mar-Quillota, Rancagua y Región Metropolitana. En el área de influencia de estos servicios de salud, se ha trabajado con el 100% de los municipios existentes, en áreas con transmisión vectorial, que suman 55 en total (Cuadro 4).

En lo que hace al control de bancos de sangre, un total de 156 servicios de hemoterapia, identificaron a 215.762 donantes, 76% de los cuales fueron controlados serológicamente para *T. cruzi*. La prevalencia de la infección en los mismos fue del 1.33%.

Es de resaltar el esfuerzo que está haciendo Chile para cumplir con los objetivos de la Iniciativa, haciéndose presente la necesidad de establecer una red de vigilancia entomológica basada en los organismos locales (municipalidades, profesorado, juntas de vecinos), ya que sin ese apoyo no sería posible obtener la eliminación del *T. infestans*, meta señalada como de altísima prioridad y probabilidad para los próximos años.

En la reciente visita de evaluación cumplida al programa de Chile, se observaron los excelentes resultados alcanzados en materia de control. Resulta ahora imprescindible, llevar a cabo una mayor frecuencia de ciclos de rociado, incluyendo la estación invernal, una mejor coordinación interregional y el perfeccionamiento de los sistemas de información.

CUADRO 4

**CONTROL VECTORIAL DEL TRYPANOSOMA CRUZI
EVALUACION DE LA COBERTURA DE VIVIENDAS ROCIADAS
POR JURISDICCION**

(FASE DE VIGILANCIA)

PAIS : CHILE

AÑO	Nº. VIVIENDAS A TRATAR(*)				Nº. VIVIENDAS TRATADAS Y CUMPLIMIENTO DE METAS							
	1992	1993	1994	1995	1992		1993		1994		1995	
PROVINCIA/ DEPARTAMENTO					Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ARICA		80	93				80	100	93	100		
IQUIQUE		291	619				291	100	619	100		
ANTOFAGASTA		203	274				203	100	274	100		
COPIAPO		466	845				466	100	845	100		
COQUIMBO		270	240				270	100	240	100		
SAN FELIPE-LOS ANDES		110	70				110	100	70	100		
VIÑA DEL MAR-QUILLOTA		180	112				180	100	112	100		
RANCAGUA		69	80				69	100	80	100		
REGION METROPOLITANA		---	---				---	---	---	---		
AMBIENTE REGION METROPOLITANA			433						433	100		

En la reciente visita de evaluación cumplida al programa de Chile, se observaron los excelentes resultados alcanzados en materia de control. Resulta ahora imprescindible, llevar a cabo una mayor frecuencia de ciclos de rociado, incluyendo la estación invernal, una mejor coordinación interregional y el perfeccionamiento de los sistemas de información.

CUADRO 4

**CONTROL VECTORIAL DEL TRYPANOSOMA CRUZI
EVALUACION DE LA COBERTURA DE VIVIENDAS ROCIADAS
POR JURISDICCION**

(FASE DE VIGILANCIA)

PAIS : CHILE

AÑO	Nº. VIVIENDAS A TRATAR(*)				Nº. VIVIENDAS TRATADAS Y CUMPLIMIENTO DE METAS							
	1992	1993	1994	1995	1992		1993		1994		1995	
PROVINCIA/ DEPARTAMENTO					Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ARICA		80	93				80	100	93	100		
IQUIQUE		291	619				291	100	619	100		
ANTOFAGASTA		203	274				203	100	274	100		
COPIAPO		466	845				466	100	845	100		
COQUIMBO		270	240				270	100	240	100		
SAN FELIPE-LOS ANDES		110	70				110	100	70	100		
VIÑA DEL MAR-QUILLOTA		180	112				180	100	112	100		
RANCAGUA		69	80				69	100	80	100		
REGION METROPOLITANA		---	---				---	---	---	---		
AMBIENTE REGION METROPOLITANA			433						433	100		

FIGURA 8

**PREVALENCIA DE SEROLOGIA POSITIVA PARA T.CRUIZI
EN DONANTES DE SANGRE. BRASIL. 1987-1993.**

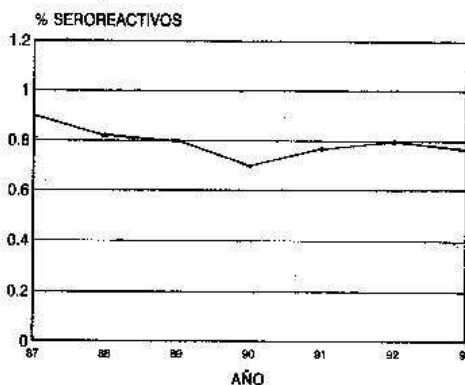


GRAFICO Nº 5

CHILE

El Ing. Julio Valdés presentó la situación epidemiológica y los logros de las actividades de control en Chile. Tanto en fase de ataque, como de vigilancia, se cumplió con el 100% de la meta propuesta para el rociado de viviendas. Un total de 2.766 viviendas fueron tratadas en Arica, Iquique, Antofagasta, Copiapó, Coquimbo, San Felipe-Los Andes, Viña del Mar-Quillota, Rancagua y Región Metropolitana. En el área de influencia de estos servicios de salud, se ha trabajado con el 100% de los municipios existentes, en áreas con transmisión vectorial, que suman 55 en total (Cuadro 4).

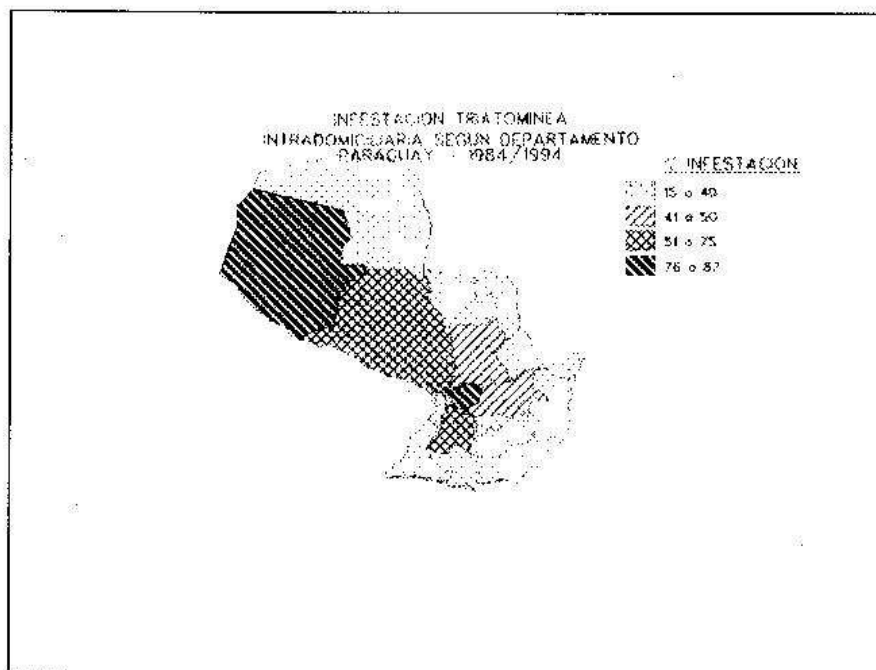
En lo que hace al control de bancos de sangre, un total de 156 servicios de hemoterapia, identificaron a 215.762 donantes, 76% de los cuales fueron controlados serológicamente para *T. cruzi*. La prevalencia de la infección en los mismos fue del 1.33%.

Es de resaltar el esfuerzo que está haciendo Chile para cumplir con los objetivos de la Iniciativa, haciéndose presente la necesidad de establecer una red de vigilancia entomológica basada en los organismos locales (municipalidades, profesorado, juntas de vecinos), ya que sin ese apoyo no sería posible obtener la eliminación del *T. infestans*, meta señalada como de altísima prioridad y probabilidad para los próximos años.

PARAGUAY

La Lic. Olga Woroniecki presentó la situación epidemiológica de la Enfermedad de Chagas en Paraguay (Figura 9) y los logros alcanzados por el Programa de Control. En 1994 se rociaron el 250% de las viviendas programadas, ya que fueron tratadas localidades no previstas inicialmente, aunque tal cobertura no alcanzó a la totalidad de los Departamentos Paraguairí y Cordillera. En los departamentos de Paraguairí, San Pedro, Chaco Paraguayo y Misiones fueron tratadas con lambdacialotrina 16.637 viviendas.

FIGURA 9



De los 51 municipios existentes, en áreas con transmisión vectorial, se programó para 1994, trabajar 30; meta que fue alcanzada en un 33%.

La Dra. Leni Funk de Isaak presentó el resultado de las actividades de control de Chagas transfusional. En 29 Servicios de Hemoterapia, de los que se dispone información, se registraron cerca de 30.000 donantes, 83% de los cuales, fueron controlados serológicamente para *T. cruzi*. La prevalencia encontrada en los mismos fue del 4.5%.

El Sr. Trigidio Guido Pácz. presentó las metas y líneas de acción operativa del Programa de control vectorial.

URUGUAY

La Dra. Raquel Rosa efectuó un informe actualizado, sobre la situación epidemiológica y de control de la enfermedad de Chagas, en Uruguay. Este país posee 187.000 km² de superficie y 3.019.000 habitantes. Inicialmente se identificaron 136.000 km² de área endémica, que por acciones de control llevadas a cabo por el Ministerio de Salud Pública y las Intendencias Municipales, ha disminuído a 90.000 km², en 1995 (Figura 10 a 13).

Los primeros resultados alcanzados, luego de la reformulación del Programa en 1983, fueron la eliminación total de *Triatoma infestans* en el Departamento de Artigas (1985), que presentaba los más altos indicadores de endemia, así como una generalizada reducción del índice de infestación domiciliar, para las diferentes áreas endémicas del país.

A partir de 1991 se logra:

- * continuar con el descenso de la infestación domiciliar por *T. infestans* en todos los departamentos endémicos;
- * alcanzar la eliminación de *T. infestans* en el Departamento de Soriano;
- * formular un plan de trabajo para el área endémica noreste, que contenía los focos hiperendémicos existentes en los Departamentos de Cerro Largo, Rivera, Salto y Tacuarembó y
- * alcanzar la eliminación de *T. infestans* en el departamento de Cerro Largo.

Con este marco, comienzan las primeras reuniones para iniciar el trabajo conjunto binacional entre Brasil y Uruguay, con participación de la Fundación Nacional de Salud y las Prefecturas de los municipios fronterizos de Brasil y el Ministerio de Salud Pública y las Intendencias Municipales limítrofes, por Uruguay. Así, en 1994 se logra la negativización para *T. infestans* del área sur del Departamento de Rivera. Asimismo se llevaron a cabo acciones de vigilancia y de ataque a ambos lados de la frontera, según un plan de trabajo acordado por representantes de Brasil y Uruguay.

Durante 1994 se actuó sobre tres de los departamentos priorizados, con una cobertura de 2512 viviendas, y se disminuyeron los índices de infestación domiciliar en Tacuarembó, trabajando en 7 de las 9 seccionales judiciales que integran el departamento. Además, se obtuvo la negativización de la 8ª, 7ª y parte de la 6ª seccionales judiciales del departamento de Rivera, con acciones conjuntas dentro del convenio binacional Uruguay-Brasil⁵ (Cuadro 5).

Durante el año 1994, se llevó a cabo la encuesta seroepidemiológica, apoyada por TDR/OMS y OPS, para evaluar el corte en la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi*. Los datos obtenidos han demostrado una seroprevalencia con valores muy bajos, en escolares de 6 y 12 años de edad, compatibles con la interrupción de la transmisión vectorial⁶ (Cuadro 6).

Asimismo se desarrollaron actividades especiales, como un "taller de Vigilancia en el control de *T. infestans* y vectores secundarios de *T. cruzi*" realizado en la ciudad de Melo, con participación de investigadores, personal del Programa y técnicos locales, para la capacitación de agentes comunitarios. También se comenzó la utilización del calendario-sensor en la vigilancia entomológica continua/pasiva.

5. Entre Rivera y Tacuarembó existen 10 seccionales judiciales en áreas con transmisión vectorial; se programó trabajar durante 1994 en 4 de ellas, habiéndose cumplido el 100% de la meta. El resto de los departamentos no encuentran con acciones de vigilancia o con trabajos focales, situación exclusivamente motivada por falta de recursos.

6. En octubre de 1994 se realizó la encuesta de evaluación serológica en niños de 6 y 12 años de edad, en Tacuarembó, Artigas y Rivera. Se estudiaron 3.480 niños de 6 años, donde se encontró una prevalencia del 0,6% y en un total de 1.242 niños de 12 años, un 1% de reactivos positivos.

CUADRO 5

**VIVIENDAS BAJO COBERTURA DEL PROGRAMA
DE CHAGAS POR DEPARTAMENTO
URUGUAY**

AÑOS DE COBERTURA			
DEPARTAMENTO	1992	1993	1994
Nº. DE VIVIENDAS			
ARTIGAS	618	1.070	350
RIVERA	5.932	711	1.523
TACUAREMBO	542	80	279
SALTO	291	70	136
PAYSANDU	860	129	0
COLONIA	1.066	0	0
RIO NEGRO	120	0	0
CERRO LARGO	750	517	124
SORIANO	75	0	0
TOTAL	12.254	2.577	2.512

FIGURA 10

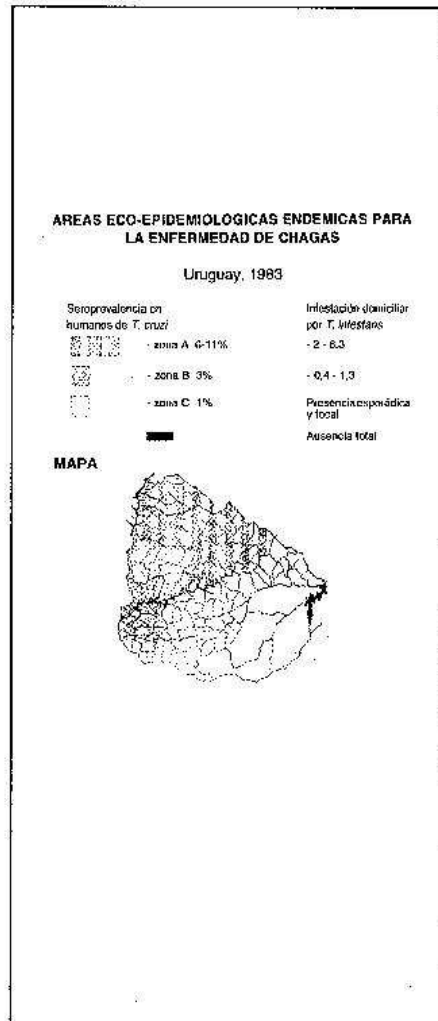


FIGURA 11

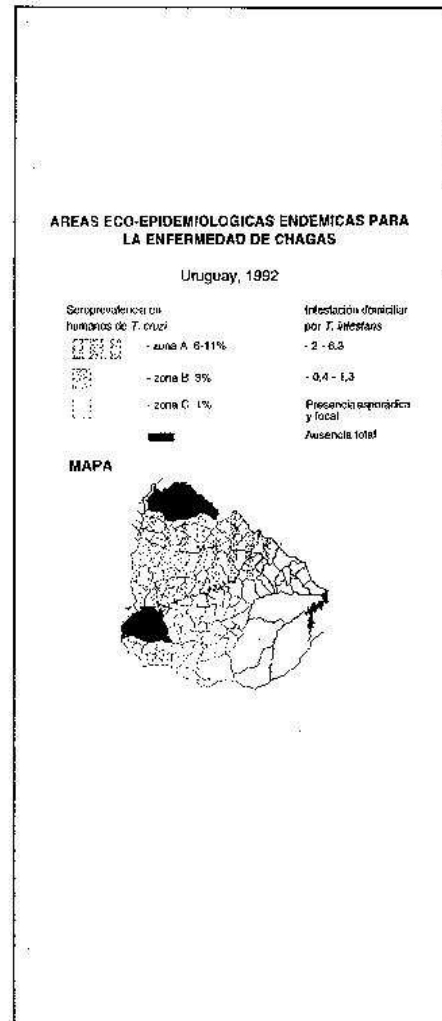


FIGURA 12

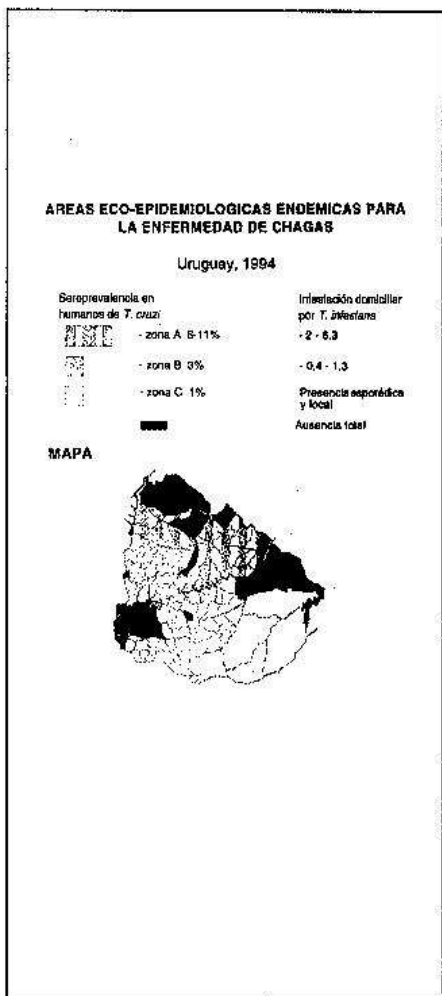
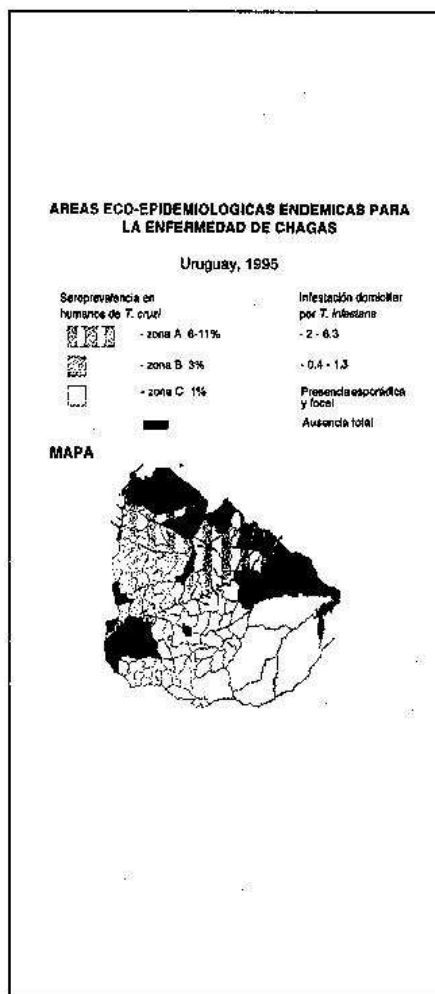


FIGURA 13



CUADRO 6

SEROPREVALENCIA EN ESCOLARES DE TRES DEPARTAMENTOS ENDEMICOS
URUGUAY, 1994

Departamento	Edad	Estrato	Examinados	Positivos	%	Prevalencia 1985	Prevalencia Total 1985	Prevalencia 1994
Artigas	6	Rural	347	2	0.57	4*	9*	0.32
		Urbano	885	2	0.22	10*		
Riviera	6	Rural	250	1	0.4			
		Urbano	1326	8	0.6			
	12	Rural	231	3	1.29	3.6	3.4	1.24
		Urbano	492	6	1.21	3.3		
Tacuarembó	6	Rural	233	1	0.42			
		Urbano	439	6	1.36			
	12	Rural	217	1	0.46	3	4.3	
		Urbano	302	2	0.66	5		0.57

* 12 años de edad

IV. FINANCIAMIENTO

El financiamiento de los Programas Nacionales ha sido solventado, en casi su totalidad, por los mismos gobiernos. Puede apreciarse en el cuadro 7, los fondos, que cada año han dedicado los países del Cono Sur para cumplir con los objetivos de la Iniciativa.

CUADRO 7

APORTE DE LOS PAISES DEL CONO SUR PARA LA ELIMINACION DEL T. INFESTANS Y LA INTERRUPCION DE LA TRANSMISION TRANSFUSIONAL DEL T. CRUZI (\$EUA) *

PAIS	1991	1992	1993	1994	1995
ARGENTINA ¹	3,400.000	9,000.000	17,000.000	21,500.000	18,000.000
BOLIVIA ²				83.000	717.035
BRASIL ³			18,424.000		48,549.600
CHILE ³	300.000	300.000	300.000	300.000	300.000
PARAGUAY ⁴			893.000	1,144.349	1,250.000
URUGUAY ⁵	66.000	102.000	41.000	126.000	73.900

¹ Sin contar Salarios.

² 635.000 Tesoro General de la Nación, 72.035 Cooperación Holandesa y 10.000 OPS/OMS.

³ Sólo \$ para el Programa de Control Vectorial.

⁴ \$ Combina Control Vectorial y Serología.

⁵ Incluye fondos provistos por las municipalidades en los años 1991 a 1993. En 1995 no se incluyen fondos municipales.

*: Los montos de 1991 a 1994 corresponden a fondos ejecutados. Los de 1995 son fondos presupuestados por los países miembros.

Se reconoció que en la actualidad existen grandes dificultades a nivel mundial, para acceder a fondos externos para apoyar los programas de control. Esta realidad determina que los montos que pueden esperarse, como aporte externo, siempre serán insignificantes en relación al financiamiento de los propios países. No obstante, debe apoyarse las gestiones que individualmente los países inicien para conseguir financiamiento, particularmente en los casos de Bolivia y Paraguay.

V. SITUACION ACTUAL DE LA INVESTIGACION EN PROGRAMAS NACIONALES

El Dr. Alvaro Moncayo presentó la situación actual de los proyectos financiados por el TDR/OMS, resaltándose en las discusiones, el papel clave que este apoyo representa para la consecución de los objetivos de la Iniciativa. Las prioridades de investigación propuestas por la Comisión Intergubernamental se adjuntan como Anexo N°. 3.

VI. PRESENTACIONES ESPECIALES

Por medio de presentaciones especiales se desarrollaron los siguientes temas:

- Control de Insecticidas, por la Lic. Antonieta Rojas de Arias.
- Chagas Congénito, por la Dra. Graciela Russomando.
- Reinfestación en Domicilios, por el Dr. Chris Schofield.

VII. DISCUSION Y ANALISIS GENERALES

El esfuerzo y resultados obtenidos por los países en el control de la Enfermedad de Chagas, debe quedar reflejado en documentos técnicos por la importancia que ésto implica. El avance en Uruguay y Chile permitirá en pocos años, cumplir con el objetivo en eliminar el *T. infestans* de los domicilios; en un tiempo un tanto más prolongado, el mismo objetivo es de esperarse en Argentina y Brasil. Bolivia y Paraguay deben continuar con el valorable esfuerzo realizado y mantener la intensidad de los rociados.

Se anotó que todas las presentaciones han demostrado que las estrategias planteadas por la Iniciativa son efectivas. A medida que avance el Programa, se recomendó que se deben perfeccionar estas estrategias, para mejorar la detección de focos residuales de infestación triatomínea. Las dosis por m² de los insecticidas a ser utilizados, están definidas, y deben ser respetadas homogéneamente por los países, según las siguientes especificaciones técnicas:

CUADRO 8
**DOSIS DE DISTINTOS PRODUCTOS INSECTICIDAS USADOS PARA ELIMINAR
 LA INFESTACION POR *T. INFESTANS***

PRODUCTO	FORMULACION	CONCENTRACION INICIAL	DOSIS POR METRO ² (mg)	PESO POR CARGA (g)
Cyflutrina	PM	10,00	50	125,00
Cypermctrina	PM	20,00	125	156,25
Cypermctrina	PM	30,00	125	104,16
Cypermctrina	PM	31,25	125	100,00
Cypermctrina	PM	40,00	125	78,13
Deltametrina	FW	5,00	25	125,00(*)
Lambdacyalotrina	PM	10,00	30	75,00

(*) ml. Tomado de: "Controle da Doença de Chagas", Diretrizes Técnicas, Ministério da Saúde, Fundação Nacional, de Saúde, 1994

En relación a los Laboratorios Nacionales se resaltó la buena concordancia de los resultados obtenidos en las pruebas serológicas, por los diferentes laboratorios de referencia de los países participantes y se acordó la necesidad de conformar la red de laboratorios de cada país. Esta red deberá instituir su sistema de control de calidad.

Se hizo referencia a los datos sobre las tasas de positividad para *T. cruzi* en los bancos de sangre, que han mostrado una reducción importante en todos los países con la excepción de Bolivia.

Este país tiene una situación epidemiológica particular que debe ser resuelta. Los resultados demuestran que es posible establecer un control serológico de la sangre a transfundir y se insta a que todos los países profundicen su programas de prevención del Chagas Transfusional.

Si bien se ha llegado a una mayor estabilidad laboral, para los niveles operativos y de investigación, aún se ve la necesidad de asegurar una continuidad de los recursos humanos como modalidad para dar secuencia a las actividades a desarrollar. Se propuso que, entre otras alternativas, se debe dar incentivos a los investigadores y sus instituciones, como resultado de las innovaciones tecnológicas que realizan.

Se expresó la preocupación sobre las normas para el tratamiento antichagásico, debiendo establecerse mecanismos para que éstas se uniformicen y difundan. En este sentido, Brasil está haciendo esfuerzos para producir y luego traducir sus normas, para ser utilizadas en otros países. Argentina también ha elaborado normas que pueden ser utilizadas. Se sugiere que la Secretaría de la Iniciativa solicite y difunda las normas que se utilicen en otros países, precisándose que gestione fondos para imprimir suficientes copias para su difusión.

Existe el interés de conocer y profundizar las relaciones bilaterales y multilaterales entre países que sirvan para alcanzar las metas de la Iniciativa. Bolivia y Argentina han avanzado en su convenio ARBOL 1 y en marzo de 1995, ARBOL 2, donde se plantea el apoyo de Argentina para el control integral de vectores. Paralelamente Argentina ha convenido apoyar a Bolivia en actividades de tratamiento de casos de Chagas agudo e infección en menores de 10 años. Entre Argentina y Paraguay se estableció un Comité Interfrontera, para actividades de apoyo al Programa, involucrando cada vez más a las Cancillerías. Asimismo, tienen pleno desarrollo las acciones de control antivectorial conjunto, que cumplen Brasil y Uruguay en sus áreas de frontera, con amplia participación de los niveles municipales respectivos, junto a sus Programas Nacionales. Otro ejemplo de cooperación se refiere a las actividades de apoyo a los Bancos de Sangre a través de MERCOSUR.

La Comunidad Económica Europea ha recibido una solicitud de financiamiento en apoyo a las actividades de la Iniciativa que fue rechazada. La información actual sugiere que se tendría mejor suerte si la solicitud de fondos fuese realizada por un país. La otra alternativa sería que dos países, en conjunto soliciten los fondos. Bolivia y Paraguay serían los países en condiciones para esta opción.

La CI recomienda a los Señores Ministros que soliciten a la Secretaría de OMS, que el tema de la Iniciativa del Cono Sur para Chagas, sea introducido en la agenda del Comité Ejecutivo de OMS en 1995, y que en su discurso ante la Asamblea de mayo de 1995, los Ministros de Salud incluyan menciones de los progresos del control de la Enfermedad de Chagas en sus respectivos países y en la subregión.

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA III REUNION DE MONTEVIDEO (21 - 23 de marzo, 1994) ⁷

1. Los miembros de la Comisión Intergubernamental(CI) solicitarán nuevamente a sus Ministros que, a través de las respectivas Cancillerías, apoyen la solicitud de la OPS a la Comisión de la Comunidad Europea, para que proporcione los fondos solicitados para la eliminación del *T. infestans* en el marco de esta iniciativa.
2. Recomendar a los Sres. Ministros asistentes a la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 1994, que soliciten a la Secretaría/OMS, que el tema de la Iniciativa del Cono Sur: eliminación del *T. infestans* e interrupción de la transmisión transfusional del *T. cruzi* sea introducido en la agenda del Comité Ejecutivo/OMS en 1995 y posteriormente se presenten los avances realizados en la Asamblea Mundial de la Salud.
3. La CI vió con preocupación la ausencia del Representante de la República de Bolivia en esta 3ra. Reunión. Bolivia es un país clave para el control de la transmisión del *T. cruzi*, tanto por su nivel endémico como por su situación geográfica. Por ello, la CI solicita a la secretaria que haga conocer esta preocupación a las autoridades de Bolivia.
4. La CI verificó con satisfacción que los Laboratorios de Referencia para el diagnóstico del *T. cruzi* del Cono Sur están cumpliendo puntualmente el cronograma de actividades para instalar el control de calidad externo de la serología en cada uno de los países.
5. La CI verificó los progresos obtenidos en los países en el control de la transmisión vectorial y no vectorial de *T. cruzi*. Se ha demostrado también la intención de los países participantes de aceptar una homogeneización tecnológica. A la luz de los resultados que se presentaron los representantes

⁷ Doc. OPS/RPC/RCT/94-37

concluyeron que la meta final de la iniciativa podrá ser alcanzada en los plazos previstos.

6. La CI reconoció la labor que realizó la Secretaría de la Iniciativa en el período y le solicitó lo siguiente:

- a. Identificar fuentes de financiamiento para actualizar el Índice Bibliográfico sobre Chagas desde 1984 hasta 1994.
- b. Organizar actividades que permitan la definición de normas para la atención y tratamiento del paciente chagásico. Para ello, se deberán seleccionar y analizar los trabajos científicos sobre el tema y posteriormente realizar una reunión de expertos, que representen varias generaciones, para que definan normas de tratamiento.
- c. Organizar una base de datos periódicos sobre la enfermedad de Chagas y sobre la Iniciativa.
- d. Producir un documento sobre la normalización de los ensayos de susceptibilidad a los insecticidas, tanto en laboratorio como en campo, y también recoger información sobre las dosis a ser aplicadas en las viviendas.
- e. Continuar las gestiones tendientes a la búsqueda de fuentes de financiación para las actividades de la Iniciativa.

7. La CI recomendó desarrollar en cada uno de los países las siguientes actividades:

- a. Aplicar las normas técnicas para el uso de indicadores entomológicos para la evaluación, registrando toda la información solicitada. La experiencia adquirida será discutida en la reunión de Asunción.

- b. Preparar los datos sobre elementos y modalidades de la vigilancia epidemiológica, así como de manejo del peridomicilio y posibilidades de crear un "software" para homogenizar la información interna. La experiencia adquirida será analizada en la reunión de Asunción.
- c. Obtener los datos correspondientes a serología en bancos de sangre en forma normatizada según formulario que se aprobó.
- d. Realizar Talleres con participación de la Prensa, para explicar los objetivos nacionales en el contexto de la Iniciativa.
- e. Contribuir a la base de datos sobre información periodística acerca de la Iniciativa o de la enfermedad de Chagas, enviándola a la Secretaría de la Iniciativa, en Asunción, Paraguay.

IX. CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LA III REUNION DE LA INICIATIVA

1.- Los países mandaron a la CE una misiva de apoyo a la Iniciativa, sin embargo, no se logró obtener el apoyo solicitado con el proyecto: "Southern Cone Initiative for the Elimination of *T. infestans* and the Interruption of Transfusional Transmission of American Trypanosomiasis. Request for support from the European Communities" (PAHO/HPC/HCT/94.29).

2.- Durante la Reunión del Consejo Directivo de OMS, en Ginebra en enero 1995, se destacó la importancia de la Iniciativa del Cono Sur en la Interrupción de la Transmisión de la Enfermedad de Chagas y se recomendó dar prioridad a las actividades de control en la reestructuración del presupuesto regular para 1996-1997.

3.- Resultó satisfactoria la presencia de dos Representantes de Bolivia, participando activamente de la IV Reunión de la Comisión Intergubernamental.

4.- Continúa la realización de las actividades de control de calidad externo, por parte de los Laboratorios Nacionales de Referencia para el diagnóstico de la infección por *T. cruzi* en el Cono Sur.

5.- La Comisión Intergubernamental verificó con satisfacción los significativos progresos que los países realizaron en el control de la transmisión vectorial y no vectorial de *T. cruzi*, así como la creciente aceptación de la homogeneización tecnológica.

6.- De las solicitudes efectuadas a la Secretaría de la Iniciativa, en la III Reunión de la Comisión Intergubernamental, es posible informar:

a) El Índice Bibliográfico sobre Chagas 1984-1995, comenzará a realizarse este año con apoyo de CTD/OMS (Ginebra).

b) En referencia a la definición de normas de atención y tratamiento del paciente chagásico, se consideró que tal solicitud, dentro del marco de la Iniciativa, no podía hacerse efectiva.

c) Que se encuentra en curso la creación de la base de datos periodísticos sobre la Enfermedad de Chagas y la Iniciativa.

d) El TDR promovió una Reunión sobre susceptibilidad a los insecticidas y dosis de empleo de los mismos en condiciones de terreno, cuyo informe final será publicado en la Revista Argentina de Entomo-Toxicología, en el curso del presente año. Así mismo, se incluye en el presente informe de la IV Reunión de la Comisión Intergubernamental, la información sobre dosis/m² de insecticida, para ser aplicadas en las viviendas.

e) Las gestiones para la búsqueda de fondos se continuaron, pero hasta la fecha han resultado infructuosas.

7.- En referencia al desarrollo de actividades recomendadas a los países por parte de la III Reunión de la Comisión Intergubernamental, es posible informar:

a) Las normas técnicas para el uso de indicadores entomológicos, con fines de evaluación, se vienen aplicando satisfactoriamente.

b) En referencia a la preparación de elementos y modalidades de vigilancia epidemiológica y manejo de peridomicilio, con preparación de un "software" adecuado para la homogeneización de la información interna, tanto Argentina, como Uruguay y Brasil iniciaron actividades, elaborando Brasil, el "software" requerido.

c) Sobre la obtención de datos correspondientes a serología en bancos de sangre en forma normatizada, se puede concluir que tal recolección de información se lleva adelante de acuerdo a lo solicitado.

d) No se realizaron los Talleres Periodísticos, dirigidos a explicar los objetivos nacionales en el contexto de la Iniciativa, a los medios de comunicación social.

e) La base de datos periodísticos sobre la enfermedad de Chagas y la Iniciativa, sigue aumentando sus registros mediante los aportes de los países.

f) Los Representantes de Bolivia, Chile y Paraguay, presentes en la IV Reunión de la Comisión Intergubernamental, mencionaron que se crearon comisiones nacionales interinstitucionales para monitorear las acciones de la Iniciativa y promover la misma en los países respectivos.

En el XXX Congreso de la Sociedad Brasileña de Medicina Tropical y en el XXI Congreso Argentino de Cardiología, se realizaron mociones de apoyo a la "Iniciativa Intergubernamental del Cono Sur para la Eliminación de T.infestans y Interrupción de la Transmisión Transfusional de T.cruzi". Ambos documentos fueron enviados a los Ministros de Salud de los países del Cono Sur.

X. RECOMENDACIONES DE LA IV REUNION

A los países:

- * Se recomienda a sus delegados, representantes de los gobiernos, la necesidad de recordar a los Ministros de Salud los logros alcanzados y las necesidades que confrontan los programas nacionales de control de la Enfermedad de Chagas, para que se informe, de manera clara sobre estos temas, en sus presentaciones ante la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1995.
- * Dada la importancia del control de la enfermedad de Chagas y los buenos resultados alcanzados, se solicita que los gobiernos aseguren la continuidad de las acciones, tomando en cuenta la estabilidad del personal asignado a estas tareas y el financiamiento de los insumos necesarios.
- * Se reitera que los gobiernos de los países, a través de sus mecanismos competentes de control, determinen la adquisición de kits diagnósticos y de insecticidas, de acuerdo a datos científicos, para la validación de los mismos.
- * Se reitera la recomendación para cada uno de los países de:
 - a) realizar talleres con participación de la prensa, para detallar los objetivos nacionales en el contexto de la Iniciativa
 - b) contribuir a la base de datos sobre información periodística acerca de la Iniciativa o de la enfermedad de Chagas, enviándola a la Secretaría de la Iniciativa.⁸

⁸ Dr. Roberto Salvatella. Representación OPS en Uruguay

A los Programas de Control Vectorial:

- * Se reconoce como suficiente la tecnología hoy disponible, para la lucha antivectorial, a los efectos de lograr los objetivos establecidos por la Iniciativa.
- * Se recomienda estimular acciones de lucha antivectorial en áreas de frontera, mediante trabajos binacionales o multinacionales integrados.
- * A los efectos de la eliminación de *T. infestans*, se considera como indicador suficiente el uso de la tasa de infestación (presencia o no del vector) referida al intra y peridomicilio. Otros indicadores, como infección natural o colonización deben ser entendidos como información complementaria para el seguimiento de las acciones. Sin embargo en relación a la certificación de la eliminación, es indispensable la utilización de los indicadores ya propuestos para el análisis del sistema de vigilancia (PAHO: Informe del Taller sobre Definición de Indicadores para la Certificación de la Eliminación de *T. infestans*. PAHO/HPC/HCT/94.20). Depende del grado de avance de los distintos países, con referencia al cumplimiento de la meta de eliminación, el empleo de los distintos indicadores propuestos.
- * Tomando en cuenta los criterios establecidos para la certificación de la eliminación, es indispensable el perfeccionamiento de la vigilancia entomológica con la adopción extensiva de instrumentos de detección (calendarios, biosensores, otros).
- * Con referencia a la detección de *T. infestans* en área ya tratada, se recomienda la utilización del concepto de **infestación residual** que incluye las posibilidades de repoblamiento y de reinfestación (por reinvasión desde otros ecótopos artificiales).

A los sistemas nacionales de sangre y/o sus bancos:

- * Se debe continuar mejorando el sistema nacional de información en relación a los bancos de sangre, para evitar el subregistro.
- * Es imprescindible que los países implementen los programas de control de las enfermedades transmitidas por transfusión definiendo el denominador necesario para establecer coberturas de tamizaje.
- * Se debe fortalecer la implementación del control de calidad interno y externo en bancos de sangre y establecer sistemas que permitan evaluar los kits de diagnóstico utilizados en los mismos.

Al desarrollo de la investigación:

- * Se recomienda abordar el desarrollo de técnicas e instrumentos para la detección de infestación triatomínica en el peridomicilio.
- * Se recomienda la realización de estudios que relacionen la densidad inicial de triatomíneos con la infestación residual, especialmente en países o áreas que en la actualidad tienen alta infestación. A partir de los hallazgos se podrá definir si hay necesidad de acortar los ciclos de tratamiento.
- * Se recomienda la conservación, en los laboratorios de cada área, donde se va cumpliendo el trabajo de control, de los últimos ejemplares de *T. infestans* a los efectos del desarrollo de futuros estudios genéticos.

A la Secretaría de la Iniciativa:

- * Se solicita a la Secretaría que exprese al Director General de OMS, la preocupación por el descenso de los fondos de investigación operativa para la Enfermedad de Chagas, dentro de las prioridades del TDR y se ruega haga conocer esta solicitud a la Junta de Donantes del TDR (JCB).
- * Se reafirma la recomendación de que las Representaciones de OPS/OMS recolecten las publicaciones relativas a cada uno de los Programas Nacionales de Chagas y hagan una mayor difusión, homogénea y efectiva, de las publicaciones producidas por la Iniciativa.

ANEXO J

**4a. REUNIÓN DE LA INICIATIVA DEL CONO SUR
COMISION INTERGUBERNAMENTAL PARA LA ELIMINACION
DEL TRIATOMA INFESTANS Y LA INTERRUPCIÓN DE
LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA TRANSFUSIONAL**

**Asunción, Paraguay
22-24 de marzo de 1995**

LISTA DE PARTICIPANTES

MIEMBROS DE LA COMISION INTERGUBERNAMENTAL

ARGENTINA

1. Dra. Elsa Leonor Segura
Instituto Nacional de Chagas "Dr. Mario Batata Chabón", Ministerio de Salud y Acción Social
Avenida Paseo Colón Nº 588, Buenos Aires
Tel.: (541)342-0215/331-7732/331-4017
Fax: (541)331-7142

BOLIVIA

2. Dr. Jorge Velasco Wallin
Unidad de Gestión de Chagas, Secretaría Nacional de Salud
Capitán Ravelo Nº 2199, La Paz
Tel.: (591.2)376674 - 376006
Fax: (591.2)393049

BRASIL

3. Dr. Antonio Carlos Silveira
Fundación Nacional de Salud, Ministerio de Salud
Esplanada dos Ministerios, Bloco G, Anexo A, Sala 108
70058-900, Brasília DF
Tel.: (55.61)226-3153
Fax: (55.61)321-1802

CHILE

4. Ing. Julio Mario Valdés Padilla
Programa Control Vectores, Ministerio de Salud
Mac-Ives Nº 541, Santiago
Tel.: (56.2)6394001 Anexos 750-751
Fax: (56.2)6397110

PARAGUAY

5. Lic. Olga Woroniecki Quintana
Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA), Ministerio de Salud Pública y Bienestar
Social
Pettrossi y Brasil, Asunción
Tel.: (595-21)210-083
Fax: (595-21)210-083

URUGUAY

6. Dra. Raquel Rosa
Programa de Chagas, Ministerio de Salud
J.M.Blanes Nº 1334, 11200, Montevideo
Tel.: (598.2)498031
Fax: (598.2)498031

ASESORES

7. Dr. Roberto Chuit
Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud y Acción Social
9 de Julio Nº 1925, Buenos Aires
Tel.: (541)383-9989
Fax: (541)383-0105

8. Sr. Abraham Jacob Jemio Alarico
Programa Nacional de Chagas, Secretaría Nacional de Salud
Capitán Ravelo Nº 2199, La Paz
Tel.: (591.2)376006
Fax: (591.2)393049

9. Dr. João Carlos Pinto Dias
Fundación Nacional de Salud, Ministerio de Salud
Ipé Franco Nº 467 Retiro Das Pedras, Belo Horizonte
Tel.: (55.31)5472126
Fax: (55.31)5472126

10. Dr. Amadeo Sáez Alquézar
Fundación Pro-Sangre Hemocentro (COSAH), Ministerio de Salud
Avenida Dr. Encás de Carvalho Aguiar Nº 155, São Paulo
Tel.: (55.11)851-5544
Fax: (55.11)280-8317

11. Lic. Antonieta Rojas de Arias
Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS)
Río de la Plata y La Gerenza, Asunción
Tel.: (595-21)81-312/82/069
Fax: (595-21)480-185

PARTICIPANTES

12. **Dra. Reynelda Isabel Romero de Céspedes**
Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA), Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Pettirossi y Brasil, Asunción
Tel.: (595-21)204-607
13. **Prof. Trigidio Antonio Guido Paz**
Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA), Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Pettirossi y Brasil, Asunción
Tel.: (595-21)210-083
Fax: (595-21)210-083
14. **Sr. José María Jacquett**
Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA), Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
10 de agosto N° 476, San Lorenzo
Tel.: (595-21)585-003
Fax: (595-21)210-083
15. **Dra. Leni Funk de Isauk**
Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (CNTS), Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Manuel Domínguez N° 1117, Asunción
Tel.: (595-21)204-668
16. **Dra. Graciela Velázquez**
Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS)
Río de la Plata y La Garenza, Asunción
Tel.: (595-21)81-312/82/069
Fax: (595-21)480-185
17. **Arq. Silvio Ríos Cabrera**
Consejo Nacional de la Vivienda (CONAVI)
Caballero N° 458, Asunción
Tel.: (595-21)446-338
Fax: (595-21)493-370

18. Dra. Graciela Russomando
Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS)
Rio de la Plata y La Gerenza, Asunción
Tel.: (595-21)81-312/82/069
Fax: (595-21)480-185

SECRETARIADO

19. Dr. José Friusa Lima
Representante OPS/OMS en Paraguay
Mariscal López Nº 957 casi Estados Unidos, Edif. Faro del Rio
Tel.: (595-21)450-495/7
Fax: (595-21)450-498
20. Dr. Gabriel Schmunis
División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles
525 Twenty-third Street, N.W. Washington, D.C., 20037
Tel.: (1.202)861-3272
Fax: (1.202)861-8483
21. Dr. Alvaro Moncayo
Comité Directivo en Enfermedad de Chagas CTD/TDR, OMS
Avenue Appia, Ginebra
Tel.: (41.22)791-3865
Fax: (41.22)791-4777
22. Dra. Marcia Moreira G.
Representación OPS/OMS-Bolivia
Avenida 20 de octubre Nº 2038, 3er. Piso, La Paz
Tel.: (591.2)362646
Fax: (591.2)391296
23. Dr. Roberto Salvatella Agrelo
Representación OPS/OMS-Uruguay
Avenida Brasil Nº 2697, Piso 2, Montevideo
Tel.: (598.2)773590
Fax: (598.2)773530

24. Dr. Temístocles Sánchez López
Representación OPS/OMS-Brasil
SEN Lote 19, Brasília, D.F.
Tel.: (55.61)312-6565
Fax: (55.61)321-1922
25. Dr. Rubén Edgardo Figueroa
Representación OPS/OMS-Paraguay
Mariscal López N° 957 casi Estados Unidos, Edif. Faro del Río
Tel.: (595.21)450-495/7
Fax: (595.21)450-498

OBSERVADOR

26. Dr. Chris Schofield
Consultor independiente
7 Rue Maclonay, Pregnin, St. Genis-Pouilly, 01630, Francia
Tel.: (33.50)20-6377
Fax: (33.50)20-6377

ANEXO 2
PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD DEL DIAGNOSTICO
SEROLOGICO DE T. CRUZI EN ARGENTINA

EL Instituto Nacional de Referencia (INDIECH)

operando con una Red de Laboratorios

Laboratorios de Referencia Provinciales	Laboratorios periféricos
---	--------------------------

Promueve la instauración de Programas Internos de Control de Calidad de cada laboratorio y de un Sistema de Información Permanente de ida y vuelta.

Para el logor de estos objetivos el INDIECH desarrolló y brinda a la RE, las siguientes herramientas:

- Procedimientos Operativos Estándar
 - Diagnóstico
 - Control de Calidad
 - Bioseguridad
- Programas de capacitación permanente para realizar la serología, según las normas e implementar Programas de Control de Calidad Interno.
- Control de Reactivos.
- Monitoreo Externo de la Calidad del Diagnóstico
 - Encuesta de sueros
 - Control de Paneles
 - Auditorías

ANEXO 3

PRIORIDADES DE INVESTIGACION
PROPUESTAS POR LA COMISION INTERGUBERNAMENTAL
DE LA INICIATIVA DEL CONO SUR
CUARTA REUNION

Asunción, Paraguay, 22-24 de Marzo de 1995.

1. Prevalencia, manejo y costo-efectividad de intervenciones para control de la transmisión congénita.
2. Monitoreo de la eficacia de insecticidas en los programas de control vectorial.
3. Desarrollo de técnicas para la detección de infestación en peridomicilio.
4. Estudios sobre periodicidad del rociado con base en la densidad residual de triatominos.
5. Evaluación de la sensibilidad, especificidad y costos de nuevos test de tamizaje serológico.
6. Mejoramiento de los medios utilizados para desinfección de la sangre usada en las transfusiones en zonas de alta endemicidad.
7. Modelaje y desarrollo de indicadores para proyectar y evaluar la eliminación de la transmisión de la Enfermedad de Chagas.

8. Influencia de los cambios climáticos en las poblaciones de vectores.
9. Evaluación de la utilización de los medios masivos de comunicación social para promoción de la vigilancia entomológica por parte de la comunidad.
10. Desarrollo, evaluación de la eficacia, efectividad de acciones de control y vigilancia con participación/intervención activa de la comunidad.