



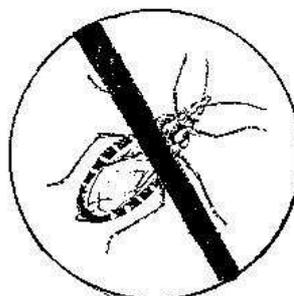
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

OPS/MCP/MCT/96.067
ORIGINAL: ESPAÑOL

INICIATIVA DEL CONO SUR

V REUNION DE LA COMISION INTERGUBERNAMENTAL PARA LA ELIMINACION DEL TRIATOMA INFESTANS Y LA INTERRUPCION DE LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA TRANSFUSIONAL

11 al 13 de marzo de 1996
Porto Alegre, Brasil



El presente documento no es una publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); sin embargo, todos sus derechos están reservados. Este documento puede ser 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 exclusiva responsabilidad de los autores.

INDICE

I.	ANTECEDENTES	4
II.	SESION INAUGURAL Y OBJETIVOS DE LA REUNION	5
III.	SESIONES DE TRABAJO	6
1.	SITUACION GENERAL	6
2.	SITUACION EN CADA PAIS	12
-	ARGENTINA	12
-	BOLIVIA	21
-	BRASIL	24
-	CHILE	28
-	PARAGUAY	31
-	URUGUAY	35
-	INFORME DEL PAIS INVITADO: PERU	39
IV.	FINANCIAMIENTO	41
V.	SITUACION ACTUAL DE LA INVESTIGACION EN PROGRAMAS NACIONALES	42
VI.	PRESENTACIONES ESPECIALES	42
VII.	EVALUACIONES NACIONALES EN 1995: CHILE Y BRASIL	43

VIII.	DISCUSION Y ANALISIS DE LOS INFORMES DE LOS PAISES DEL CONO SUR	52
IX.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA IV REUNION DE ASUNCION	54
X.	CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LA IV REUNION	56
XI.	RECOMENDACIONES DE LA V REUNION	58

ANEXOS

1.	LISTA DE PARTICIPANTES
----	------------------------

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 Secretaria, para la elaboración de un programa y un plan de acción subregional para la eliminación del *Triatoma infestans* domiciliario y la interrupción de la transmisión del *Trypanosoma 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 Triatomíneos 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 1ra. Reunión de la Comisión Intergubernamental (CI) se llevó a cabo en Buenos Aires, en 1992. En ella se recaló 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

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

¹ Doc. OPS/PIDF/92-11.

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

La 4a. Reunión de la Comisión Intergubernamental, tuvo como sede Asunción, y en ella se evaluó lo actuado en 1994, planificándose las acciones subregionales y discutiéndose las de los países, para 1995.⁴

II. SESION INAUGURAL Y OBJETIVOS DE LA REUNION

La V Reunión, se inició con palabras de bienvenida y regocijo, por la elección de la ciudad de Porto Alegre como sede de este evento, por parte del Dr. Mario Bernd, Coordinador de la Fundación Nacional de Salud para Rio Grande do Sul, quien destacó la voluntad integracionista y la importancia estratégica de este evento.

Hizo uso de la palabra posteriormente, el Dr. Edmundo Juarez, Presidente de la Fundación Nacional de Salud en representación del Ministerio de Salud del Brasil, quien ilustró sobre los avances que su país ha efectuado en pos de los objetivos de la Iniciativa y expresó sus augurios de éxito a la Reunión. En último término, el Dr. Germano Bonow, Secretario Estadual de Salud y Medio Ambiente, representando a la Gobernación del Estado de Rio Grande do Sul efectuó, un análisis de los temas importantes para la integración subregional. En ese contexto resaltó el control de la enfermedad de Chagas y la participación de su Estado en la misma, agradeciendo especialmente la cooperación técnica de OPS/OMS en la tarea.

Los objetivos de la Reunión se establecieron en:

- a. Revisar las actividades desarrolladas durante 1995 en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, en relación a los objetivos definidos de eliminación de *T. infestans* e interrupción de la transmisión transfusional de *T. cruzi*.
- b. Revisar y discutir el informe de situación de la endemia chagásica y su transmisión en Perú, país andino donde *T. infestans* existe y mantiene la transmisión vectorial en sus regiones del sur.
- c. Analizar el grado de cumplimiento de las conclusiones y recomendaciones de la reunión anterior.

² Doc OPS/HPC/HCT/93.2 ³ Doc OPS/HPC/HCT/94-37 ⁴ Doc OPS HCD/HCT/95.57

- d. Acordar compromisos de trabajo que permitan consolidar los resultados alcanzados.

Finalmente, por unanimidad se propusieron y aceptaron, como autoridades de la Reunión: el Dr. Mario Bernd como Presidente, el Dr. Antonio Carlos Silveira como Vicepresidente y a los Dres. Roberto Chuit y Roberto Salvatella como relatores.

III. SESIONES DE TRABAJO

1. Situación General

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

La prevalencia de infección por *Trypanosoma 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 11 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	13.231.000	1.800.000	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

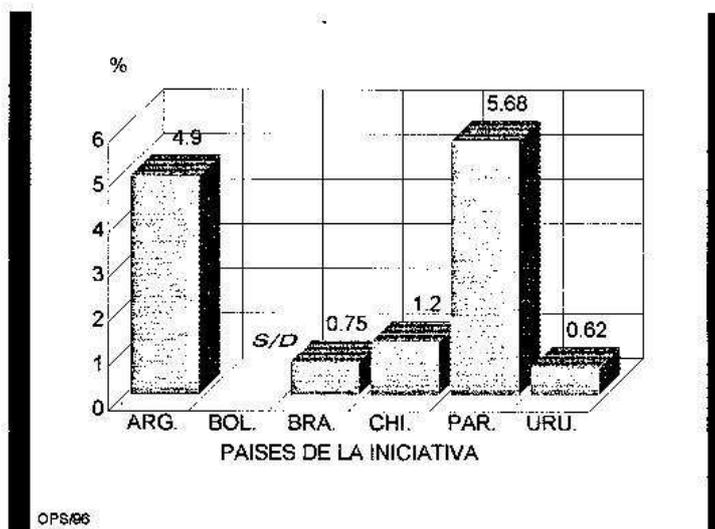
- (1) Datos del Banco Interamericano de Desarrollo, 1990
(2) Datos de los Ministerios de Salud y estimaciones de la OMS, 1990

Las tasas estimadas de infección por *T. cruzi* 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%⁵, 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.

La prevalencia de infección en donante de sangre en los distintos países del Cono Sur varía en 1995, del 0,62 al 5,68%. 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 . 1995.



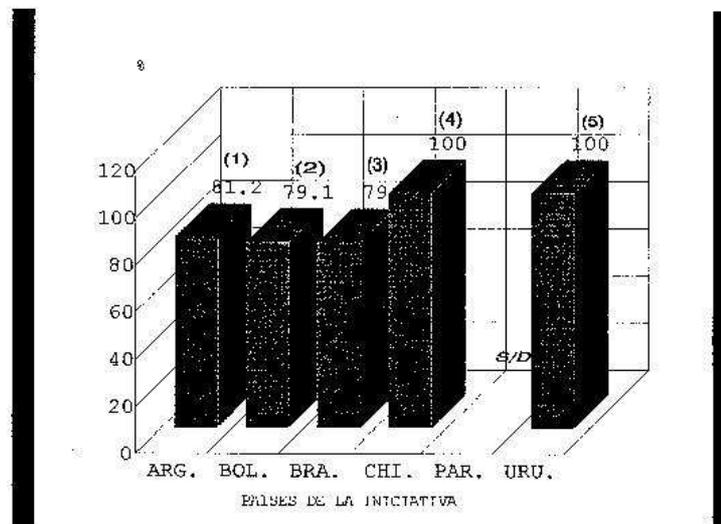
En los países que aportaron información la cantidad de serologías practicadas en donantes fue de 811.850 para la totalidad de los dadores en Argentina, 1.053.475 para Brasil, 166.763 en 217.312 donantes de Chile, 27.646 en 27.896 dadores de Paraguay y en Uruguay 110.299 en la totalidad de donantes. La prevalencia de serología positiva para *T. cruzi* fue en 1995, la siguiente: Argentina 4,9%, Brasil 0,75%, Chile 1,2%, Paraguay 5,7% y Uruguay 0,6% (figura 1).

⁵ Tomado de: La Tripanosomiasis Americana como Problema de Salud Pública. Cap. 1 de La Publ. Cient. Nº 547 de la OCS/OAS; La Enfermedad de Chagas y el Sistema Nervioso. Washington, DC, 1994.

Según la información disponible, entre los 6 países miembros, se han rociado 382.334 viviendas en operaciones de ataque y 282.246 en vigilancia, totalizando la cifra sin precedentes de 664.580 domicilios tratados en toda la subregión. El cumplimiento de las metas trazadas en relación a cobertura de viviendas muestra un crecimiento significativo en relación a las cifras de 1994 (figura 2).

FIGURA 2

CUMPLIMIENTO DE LA META PROPUESTA DE VIVIENDAS TRATADAS. 1995. (ATAQUE Y VIGILANCIA)

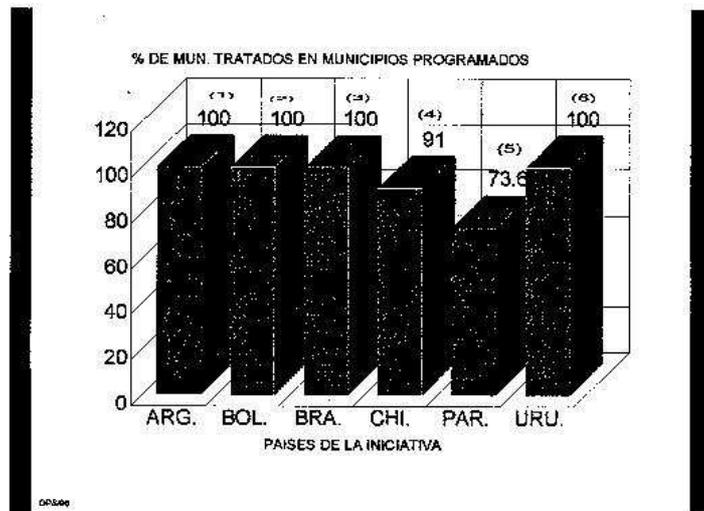


- (1) ARGENTINA: 351.292 viv. tratadas en 432.710 programadas
 (2) BOLIVIA: 28.412 viv. tratadas en 35.878 programadas
 (3) BRASIL: 248.353 viv. tratadas en 314.370 programadas
 (4) CHILE: 2887 viv. tratadas en 2887 viv. programadas
 (5) URUGUAY: 3847 viv. tratadas con 2213 viv. programadas

También la cobertura en municipios, ubicados en área de transmisión vectorial y planificados para ser trabajados en 1995, presentó un sensible aumento (figura 3), lo que refleja la magnitud del esfuerzo realizado.

FIGURA 3

METAS DE MUNICIPIOS / LOCALIDADES TRATADAS
- 1995 -



- (1) ARGENTINA: 19 provincias tratadas en 19 programadas
- (2) BOLIVIA: 21 municipios tratados en 21 programados
- (3) BRASIL: 9 estados tratados en 9 programados
- (4) CHILE: 40 municipios tratados en 42 programados
- (5) PARAGUAY: 137 municipios tratados en 186 programados
- (6) URUGUAY: 21 seccionales tratadas en 21 programadas

A partir de la información provista por los países, fue posible concluir, que en referencia a las actividades de ataque en control vectorial: Argentina roció un gran número de viviendas; se registraron significativos avances en el rociado en Bolivia y Paraguay; Brasil incrementó el tratamiento de los focos residuales de Bahía y Río Grande do Sul; Chile inició actividades en la Región Metropolitana y Uruguay puso el departamento de Río Negro en vigilancia.

Todos los países, excepto uno, llevaron a cabo actividades de vigilancia. En Argentina, el número de viviendas en vigilancia fue muy superior al de años anteriores. En Brasil se expandió la red de vigilancia entomológica ejecutada por la población.

Fue especialmente destacada, la continuidad del trabajo lograda por Paraguay y el inicio de la tarea por parte de Bolivia, quienes recibieron las felicitaciones de la Comisión por la tarea cumplida. Esto reafirma la voluntad de ambos países de llevar adelante las actividades promovidas por la Iniciativa. (Cuadro 2)

CUADRO 2

EVOLUCION DEL NUMERO DE VIVIENDAS TRATADAS EN ATAQUE Y VIGILANCIA
 POR LOS PAISES DEL CONOSUR PARA LA ELIMINACION DEL T. INFESTANS 1992 - 1995.

	ATAQUE					VIGILANCIA						
	1992	1993	1994	1995	1992	1993	1994	1995	1992	1993	1994	1995
ARGENTINA	115.785	116.330	143.068	114.344	S/D*	S/D*	S/D*	236.948	S/D*	S/D*	S/D*	236.948
BOLIVIA	1358	12271	18616	27597	672	642	2337	815	672	642	2337	815
BRASIL	157.372	174.048	709.012	208.183	S/D*	S/D*	S/D*	40.170	S/D*	S/D*	S/D*	40.170
CHILE	1648	788	1418	433	1420	2048	1851	2454	1420	2048	1851	2454
PARAGUAY	-	-	-	29789	-	-	-	-	-	-	-	-
URUGUAY	11161	990	2038	1988	693	1113	171	1859	693	1113	171	1859

* información no disponible en la Secretaría Técnica de la Iniciativa

2. Situación en cada País

ARGENTINA

En Argentina en el plazo de 4 años, comprendido entre 1992 y 1995 el Programa Nacional de Control realizó 466,994 rociados de ataque químico con insecticidas (AQI). Este número representa el 78% de viviendas rociadas, por lo menos con un tratamiento, de la meta de máxima establecida en 600,000 viviendas. Este número fue el total considerado de viviendas de alto riesgo. La instalación de la vigilancia ha avanzado con respecto a 1994 y se completará para 1997.

La situación epidemiológica de control no tiene precedentes en los 33 años de acción del Programa. El Ministerio de Salud de Argentina ha mantenido la prioridad política y presupuestaria de la eliminación de la transmisión mediante la estrategia participativa, adoptada por el Programa de Control. La cobertura obtenida en 1995 en cuanto al número de viviendas programadas para el AQI, fue del 88,9% (Cuadro 3), cumpliéndose de esta manera con la meta para los 4 años programados. Así se ha cumplido la meta de mínima establecida para los 4 años: 1992-1995 (390,000 viviendas rociadas) y un 78% de la de máxima (figura 4).

La evaluación de viviendas como parte de la vigilancia entomológica, se cumplió en un 93,15% (Cuadro 4). Estas evaluaciones se efectuaron a través de la utilización de sensores detectores de vinchucas, la denuncia de la población o el método hora/hombre (h/h). El Cuadro 4 muestra los resultados de evaluaciones h/h, antes de los rociados de ataque químico realizados en algunas provincias como Tucumán, La Rioja, Neuquén y Santiago del Estero. Asimismo las evaluaciones efectuadas en áreas con vigilancia, demostraron prevalencias de infestación de las viviendas entre 4,75 y 0,01%. La instalación de vigilancia en Municipios se efectuó para más de 330.000 viviendas existentes en áreas de transmisión vectorial (Cuadro 5).

El año 1995, se caracterizó por la finalización del rociado de ataque y la preparación del personal para la instalación de la vigilancia, a través de la metodología participativa. La actividad central de los componentes técnicos especializados del Programa entre 1994 y 1995, fue la formación de recursos humanos, nuevos agentes rurales y la evaluación y supervisión de los agentes formados en 1994. Esta capacitación a igual que en 1994, abarcó las tres áreas principales del Programa: a) control vectorial, b) control de la sangre a transfundir y diagnóstico del laboratorio clínico y c) detección y tratamiento de la madre infectada con seguimiento de su hijo, atención del niño chagásico y del paciente transplantado. Se entrenaron 1843 Agentes Sanitarios, 5021 representantes de las comunidades y 874 docentes (Cuadro 6). Fue efectuada la evaluación y/o supervisión de 3800 agentes capacitados en 1994 (Cuadro 6). Se actualizaron conceptos y se describió el programa a 280 médicos y 275 bioquímicos de la Red de Laboratorios. Estos profesionales quedaron relacionados en red con el Programa Nacional.

Con relación al control de la sangre a transfundir, de un total de 757 servicios de hemoterapia que se han censado en el país, se ha recibido información de 693 laboratorios, 394 correspondientes

a los servicios de laboratorio públicos y 299 a los privados que controlan sangre a transfundir (Cuadro 7A). Los servicios antes mencionados, realizan el descarte sistemático para el control.

En 1995 en el marco de las actividades de instalación de la vigilancia entomológica se realizó Vigilancia Serológica, con la cual se estudió a 50,842 niños menores de 15 años residentes en las áreas trabajadas (Cuadro 8). La baja prevalencia observada en niños entre 0 y 4 años residentes en áreas rociadas entre 1991 y 1993, revela el impacto de las acciones iniciadas por el Plan Nacional que comenzó en julio de 1991. Así mismo se puso de manifiesto la deficiencia o ausencia de vigilancia en áreas tratadas en ataque antes de 1991 o recientemente tratadas. Este estudio que se continúa realizando, estima alcanzar la meta de 500,000 niños menores de 15 años examinados, hasta diciembre de 1996. El cumplimiento de este subprograma permite incorporar a los niños al sistema de atención médica, como también obtener prevalencias que servirán de línea de base cuando se compare el impacto global de Programa en un estudio similar proyectado, para 1999.

Se continúa con el Programa de detección de la madre y su hijo recién nacido infectado por **T.cruzi**, el cual fue ampliado a la totalidad de las provincias endémicas.

El Control de Calidad Interno y Externo de la Serología para Diagnóstico de Chagas se realiza en Argentina desde 1985. En 1992, se transfirieron a los Laboratorios Centrales de los otros 5 países de la Iniciativa del Cono Sur (INCOSUR). Entre 1994 y 1995, el INDIECH (Instituto Nacional de Diagnóstico e Investigación de Chagas coordinó el Programa de Control de Calidad de los Laboratorios Nacionales de Referencia de los Países de la Iniciativa del Cono Sur estimulando la instalación de los procedimientos de control de calidad en la subregión. Así se enviaron paneles de sueros a cada uno de los países y los resultados de un doble envío se discutieron una vez abierta la clave en marzo de 1995, en Asunción, Paraguay. Durante 1996 se continuará el intercambio de paneles, entre los laboratorios de referencia de cada uno de los países del INCOSUR.

La prioridad del control de la transmisión de Chagas en Argentina, se obtuvo en base al convencimiento que la eliminación de la transmisión vectorial era posible. Así, desde 1989, se debatieron ampliamente en el país y en reuniones internacionales, los resultados de la investigación sobre alternativas de control vectorial realizada por agentes de la comunidad, utilizando tecnología apropiada al ambiente y a las condiciones socio-económico y culturales de la población. Este Proyecto realizado por el INDIECH, con el apoyo de TDR/OMS/World Bank fundamentó la priorización del control, que se duplicó su cobertura de 1989 a 1991 y la cuadruplicó de 1989 a 1993, manteniéndose este incremento hasta 1995. Las actividades de control vectorial por insecticida, coincidieron con las asignaciones presupuestarias destinadas a este efecto.

La vigilancia de la transmisión se ha instalado en 330,000 viviendas en tanto que se finalizará la instalación en todas las viviendas de bajo riesgo, durante 1996.

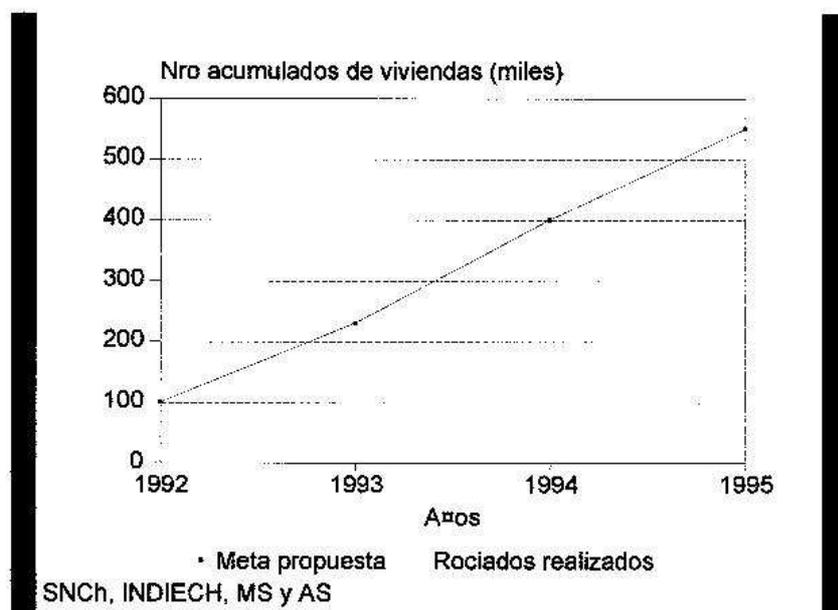
CUADRO 3

**EVALUACION DE LA COBERTURA DE VIVIENDAS ROCIADAS EN FASE DE
ATAQUE, POR JURISDICCION, 1995.**

PROVINCIAS	No. DE VIVIENDAS PROGRAMADAS	No. DE VIVIENDAS TRATADAS	CUMPLIMIENTO DE LAS METAS (%)
CATAMARCA	5478	2602	47.50
CORDOBA	5400	3953	73.20
CORRIENTES	5903	4293	72.73
CHACO	7483	9889	132.16
ENTRE RIOS	6538	1185	18.13
FORMOSA	6498	5131	78.96
JUJUY	3151	4259	135.18
LA PAMPA	9901	13191	133.23
LA RIOJA	13253	5207	39.29
MENDOZA	19691	11281	57.29
MISIONES	5041	1720	34.12
NEUQUEN	2369	852	36.06
RIO NEGRO	2993	1536	51.32
SALTA	4635	4372	94.32
SAN JUAN	9452	9592	101.48
SAN LUIS	6895	9531	142.36
SANTA FE	6577	2164	32.90
SGO.D. ESTERO	11539	37210	322.47
TUCUMAN	12409	906	7.30
TOTALES	145000	128874	88.88

FIGURA 4

Cumplimiento de metas. Rociados 1992/95



CUADRO 4

EVALUACION DE LA COBERTURA DE VIVIENDAS ROCIADAS EN FASE DE VIGILANCIA, POR JURISDICCION. 1995.

PROVINCIAS	Nc. DE VIVIENDA PROGRAMADAS	Nc. DE VIVIENDAS EVALUADAS	CUMPLIMIENTO DE LAS METAS (%)	POSIT.	PORCENT %
PROVINCIAS CON EVALUACIONES PRE VIAS AL ROCIADO DE ATAQUE					
TUCUMAN	1376	806	58.58	363	45.04
LA RIOJA	5950	5207	87.51	1780	34.18
SGO DEL ESTERO	20380	35715	175.26	8940	25.03
CORDOBA	1828	1490	81.51	369	24.77
SAN JUAN	8000	9690	121.13	2185	22.55
SAN LUIS	11537	3944	34.19	576	14.60
CHACO	27846	13481	48.41	1745	12.94
NEUQUEN	4916	1322	26.89	103	7.79
MENDOZA	10000	17089	170.89	730	4.27
SUBTOTAL	91833	88748	96.64	16791	18.92
PROVINCIAS CON EVALUACIONES EN AREAS BAJO VIGILANCIA					
SANTA FE	10000	10888	108.88	117	1.07
SALTA	134292	120157	89.47	2070	1.72
RIO NEGRO	2600	1831	70.42	87	4.75
LA PAMPA	8866	8783	99.06	261	3.20
JUJUY	1500	9250	616.67	4	0.04
FORMOSA	2300	5895	201.21	34	0.58
ENTRE RIOS	25291	6600	26.10	25	0.38
CORRIENTES	4274	4385	102.60	185	4.22
CATAMARCA	6154	11530	187.36	428	3.71
SUBTOTAL	195877	179259	91.52	3231	1.60
TOTALES	287710	268007	93.15	20022	7.47

CUADRO 5
EVALUACION DE LA COBERTURA DE MUNICIPIO Y/O LOCALIDADES
CON INSTALACION DE LA VIGILANCIA, POR JURISDICCION, 1995.

JURISDICCION PROVINCIA	DEPARTAMENTOS EXISTENTES	NUMERO DE DEPARTAMENTOS EN VIGILANCIA	COBERTURA	NUMERO DE LOCALIDADES EN VIGILANCIA	NUMERO DE VIVIENDAS EN VIGILANCIA
CATAMARCA	16	10	62.5	98	13097
CORDOBA	26	6	23.1	17	3031
CORRIENTES	25	13	52.0	24	6170
CHACO	24	19	79.2	21	12791
ENTRE RIOS	16	8	50.0	23	23000
FORMOSA	9	1	11.1	5	397
JULY	16	16	100.0	240	107472
LA PAMPA	22	20	90.9	96	30399
LA RIOJA	18	2	11.1	6	733
MENDOZA	18	8	44.4	31	91
MISIONES	17	2	11.8	2	NI
NEUQUEN	16	6	50.0	8	4916
RIO NEGRO	13	2	15.4	11	2025
SALTA	23	20	87.0	237	96937
SAN JUAN	19	6	31.6	16	1135
SAN LUIS	9	8	88.9	204	2550
SANTA FE	19	5	26.3	54	10275
SGO.D. ESTERO	27	25	92.6	946	13762
TUCUMAN	17	8	47.1	298	7777
TOTALES	350	187	53.4	2337	336658

NI: No informado

CUADRO 6

EDUCACION SANITARIA Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS. 1995.

PROVINCIAS	AGENTES CAPA CITADOS Y/O		SUPERVISADOS
	DOCENTES	AGENTES SANITARIOS	AGENTES COMUNITARIOS
CATAMARCA	265	257	15
CORDOBA	5	49	86
CORRIENTES	50	5	42
CHACO	3	23	190
ENTRE RIOS	0	153	1
FORMOSA	32	38	45
JUJUY	50	10	0
LA PAMPA	24	87	0
LA RIOJA	14	22	215
MENDOZA	94	52	49
MISIONES	0	4	15
NEUQUEN	0	0	30
RIO NEGRO	0	42	16
SALTA	67	650	280
SAN JUAN	8	19	271
SAN LUIS	107	73	1612
SANTA FE	70	76	188
SGO.D.ESTERO	85	283	1581
TUCUMAN	0	0	385
TOTAL	874	1843	5021

Durante 1995, 7738 agentes recibieron los talleres por primera vez, y 3400 fueron supervisados y/o evaluados

CUADRO 7

TAMIZAGE SEROLOGICO EN BANCOS DE SANGRE. 1995.

7.A.	PUBLICOS	PRIVADOS	TOTAL
No. DE SERVICIOS DE HEMOTERAPIA	384	299	683
No. DE DONANTES	390319	421531	811850
No. DE DONANTES CONTROLADOS	390319	421531	811850

7.B. NUMERO DE SEROLOGIAS PARA			
HEPATITIS B	258356	421261	679617
HEPATITIS C	207626	360021	567647
T. cruzi	390319	421531	811850
VIH	264823	421381	686204
SIFILIS	293668	420310	713978

7.C. POSITIVOS EN SEROLOGIA PARA	No.	No.	No.
HEPATITIS B	3590	3044	6634
HEPATITIS C	1942	2392	4334
T. cruzi	26258	13687	39945
VIH	707	957	1664
SIFILIS	3188	2276	5464

7.D. PREVALENCIAS SEROLOGIA PARA	(%)	(%)	(%)
HEPATITIS B	1.4	0.7	1.0
HEPATITIS C	0.9	0.7	0.8
T. cruzi	6.7	3.2	4.9
VIH	0.3	0.2	0.2
SIFILIS	1.1	0.5	0.8

CUADRO 8 SEROLOGIA PARA *T. cruzi* EN NIÑOS . 1995

PROVINCIA	ASERA DE ESTUDIO	TOTAL		FECHA DE LA ÚLTIMA * INTERVENCIÓN DE MANEJO		ESTADO		10-14	
		5-9	10-14	1974-1994	1976-1994	5-9	10-14	10-14	10-14
		N	%	N	%	N	%	N	%
CATAMARCA	RURAL	1826	27.45	76	4.2	61	2.3	113	5.8
	PERI-URBANA	57	1.14	0	0.0	1	0.9	2	2.0
	URBANA	541	19.10	16	3.0	45	2.3	72	4.2
	TOTAL	2424	65.7	92	3.8	107	4.5	187	7.8
CORDOBA	RURAL	233	4.66	1	0.4	0	0.0	1	0.4
	PERI-URBANA	21	0.42	1	4.8	0	0.0	0	0.0
	URBANA	53	1.06	1	1.9	0	0.0	0	0.0
	TOTAL	287	5.74	3	1.1	0	0.0	1	0.3
SUCRE	RURAL	338	6.76	582	11.64	0	0.0	0	0.0
	PERI-URBANA	25	0.50	1069	21.38	0	0.0	0	0.0
	URBANA	58	1.16	2400	48.00	0	0.0	0	0.0
	TOTAL	421	8.42	3551	70.02	0	0.0	0	0.0
LA RIOJA	RURAL	246	4.92	236	4.72	13	5.3	16	8.1
	PERI-URBANA	863	17.26	2786	55.72	21	2.4	63	2.6
	URBANA	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	TOTAL	1109	22.18	3022	60.44	34	3.1	79	3.0
LA PAMPA	RURAL	1397	27.94	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	PERI-URBANA	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	URBANA	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	TOTAL	1397	27.94	NR	NR	NR	NR	NR	NR
RÍO NEGRO	RURAL	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	PERI-URBANA	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	URBANA	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	TOTAL	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
SALTA	RURAL	550	11.00	527	10.54	50	3.4	15	2.8
	PERI-URBANA	154	3.08	2475	49.50	9	5.8	0	0.0
	URBANA	247	4.94	371	7.42	45	18.2	9	3.6
	TOTAL	951	19.02	3373	67.46	64	2.6	24	1.2
SAN JUAN	RURAL	32	0.64	75	1.50	1	3.1	2	1.4
	PERI-URBANA	51	1.02	372	7.44	0	0.0	12	3.8
	URBANA	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	TOTAL	83	1.66	547	10.94	1	0.2	14	4.2
SANT. DEL ESTERO	RURAL	2146	42.92	4486	89.72	110	5.1	360	7.8
	PERI-URBANA	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	URBANA	138	2.76	804	16.08	1	0.7	22	2.4
	TOTAL	2584	51.68	5290	105.80	111	4.3	382	8.2
TUCUMÁN	RURAL	58	1.16	645	12.90	11	1.9	18	2.0
	PERI-URBANA	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	URBANA	84	1.68	28	0.56	9	3.6	1	0.4
	TOTAL	142	2.84	673	13.46	20	1.4	19	2.4
TOTAL DEL PAIS	1174	23.48	4447	88.94	31	2.6	87	2.0	
TOTAL	2222	44.44	8447	168.94	66	5.9	73	1.6	

BOLIVIA

Introducción

Las acciones de control de la enfermedad de Chagas en Bolivia vienen recibiendo apoyo de la cooperación internacional desde hace bastante tiempo. Las mismas fueron ejecutadas a través de múltiples proyectos aislados y carentes de coordinación, lo que impidió el logro de un impacto real y visible en el país.

Con el propósito de controlar la enfermedad de Chagas desde un punto de vista integrado y multidisciplinario, en 1992 se crea la Unidad de Gestión de Chagas, contando con el apoyo económico del PNUD hasta abril de 1994. En esta gestión se inician las actividades operativas de control vectorial en 6 departamentos y en las provincias priorizadas dentro del marco del Convenio con el Programa Mundial de Alimentos.

La Secretaría Nacional de Salud, en 1995, dispone el retorno del Programa de Chagas a la estructura del Departamento de Control de Vectores de la Dirección Nacional de Epidemiología; buscando ampliar la cobertura y una mayor operatividad en base al recurso humano existente, en las diferentes regiones del país.

De acuerdo a estimaciones del Programa, 686.000 viviendas deben merecer acciones de control vectorial, de las cuales 449.000 está ubicadas en el área rural y el resto en área urbana. Hasta el momento se rociaron 77.327 viviendas y mejoraron 66.624, todas ubicadas en el área rural.

En 1995 se trabajó en 691 localidades de seis departamentos, beneficiando a 162.332 habitantes de 21 Municipios (Cuadro 9). Las viviendas mejoradas fueron 23.441, que corresponden al 82.7% de la meta programada; el total de viviendas rociadas fue de 26.863, que representan el 63.3% de la meta. En Cochabamba se recibió el apoyo del Ejército para la realización de las acciones.

Un total de 628 líderes comunitarios fueron capacitados en técnicas de Reconocimiento Geográfico, Línea de Base y Rociado (Cuadro 10).

Para el control del Chagas Transfusional se realizaron dos reuniones de coordinación con los laboratorios ubicados en área endémica, la finalidad fue integrar a la red a las regiones de Tarija y Tupiza. Sin embargo los avances en este campo son limitados.

En lo presupuestario mediante Convenio con la Subsecretaría de Inversión Pública se contó con apoyo económico por u\$s.400.000, provenientes de la cooperación de Banco Mundial.

La Secretaría Nacional de Salud ha declarado la alta prioridad del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas en Bolivia, hecho destacable, ya que en el historial del mismo nunca se había alcanzado esta declaración oficial.

CUADRO 9

METAS ALCANZADAS POR REGIONES
BOLIVIA, PERIODO 1995.

SECRETARIA REGIONAL DE SALUD	POBLACION	N° DE COMUNIDAD	VIVENDAS EXISTENTES	MEJORAMIENTO		ROCIADO		NUMERO LIDERES CAPACITADOS		
				PRO-GRAMA MAMAS	BIENESTAR-DIAS	PRO-GRAMA MAMAS	BIBLIOTECAS		%	%
CHUQUISACA	42,189	67	11,272	11,272	10,253	91.0	11,272	6,568	58.3	163
COCHABAMBA	10,000	40	2,000	2,000	1,250	62.5	14,000	12,439	88.9	35
LA PAZ	4,953	36	1,503	1,300	1,003	77.2	1,300	864	66.5	72
POTOSI	65,935	426	18,006	7,567	6,889	91.0	9,643	2,989	31.0	160
SANTA CRUZ	18,500	77	8,558	3,719	2,313	62.2	3,719	2,026	54.5	66
TARUA	20,755	45	4,848	2,500	1,733	69.3	2,500	1,977	79.1	132
TOTAL	162,332	691	46,187	28,358	23,441	82.7	42,434	26,863	63.3	628

CUADRO 10
EDUCACION SANITARIA Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS, 1995

DEPARTAMENTO	Nº DE AGENTES COMUNITARIOS A CAPACITAR	Nº DE AGENTES COMUNITARIOS CAPACITADOS	%	Nº DE MAESTROS PRIMARIOS A CAPACITAR	Nº DE MAESTROS PRIMARIOS CAPACITADOS	%
COCHABAMBA	80	35	116,7			
CHUQUISACA	156	163	104,5			
LA PAZ	80	72	90			
POTOSI	254	160	62,99	65	40	61,54
SANTA CRUZ	0	66	0			
TARIJA	236	132	55,93			
TOTAL	806	628	77,92	65	40	61,54

BRASIL

En 1983, cuando fueron concluidas las encuestas iniciales sobre existencia de *T. infestans* de los 2.342 municipios investigados, en 711 fue identificada la especie (30,4%), en tanto en 1995 (datos provisorios) apenas en 98 se comprobó la presencia de *T. infestans*. Para un total de 1.815.000 unidades domiciliarias investigadas en 1983 fueron capturados 84.334 ejemplares de la especie y, en 1995, para 1.007.465 unidades en las que se realizó la investigación entomológica fueron colectados apenas 1.422 ejemplares (una relación de 0,0014 especímenes/casa). Ese dato tiene gran significación si consideramos, que en el inicio de las acciones de control, no era infrecuente el hallazgo de 1.000 o 2.000 ejemplares en una única habitación.

El impacto obtenido en la transmisión de la enfermedad por el vector ya tiene repercusión sobre la prevalencia de la infección humana en grupos etáreos jóvenes (0,2% de sueros reactivos en recientes encuestas serológicas)(Cuadro 11).

El residuo aún existente de *T. infestans* esta concentrado en la región por arriba del río San Francisco; en el estado de Bahía, norte de Goiás y sur de Tocantins, conformando una única área, más o menos contigua y aún relativamente extensa. Otro foco con infestación persistente está localizado en el norte del estado de Río Grande do Sul, donde la especie es predominantemente peridomiciliaria.

Con la implementación del trabajo en los estados de Río Grande do Sul y Bahía, con aproximadamente 200.000 unidades domiciliarias tratadas en 1995, y con el reinicio de las acciones en el estado de Tocantins, se tiene la perspectiva concreta de la eliminación del vector en un plazo máximo de tres años, desde que los medios y recursos se encuentren asegurados para que las actividades tengan continuidad.

En el control de la transmisión transfusional de *T. cruzi*, la Superintendencia de Serología de la Fundación Pro-Sangre/ Hemocentro de San Pablo (FPS/HSP), actúa desde 1993 en el desarrollo de procedimientos para control de calidad, interno y externo, en laboratorios de serología en bancos de sangre.

En ese sentido desarrolló la producción de paneles de sueros, a partir de bolsas de sangre. El objetivo fue producir paneles de sueros estables, con positividad o negatividad definidas, y en cantidad suficiente para un gran número de laboratorios. Los tipos de paneles producidos, dependen del objetivo para la utilización de los mismos; a saber:

- a) paneles para evaluación/validación de kits
- b) sueros de control interno (para uso diario y con baja reactividad)
- c) paneles para evaluación externa (para enfermedad única)
- d) multipaneles para evaluación externa de la serología en bancos de sangre

La Superintendencia de Serología de la FPS/HSP, funcionando como laboratorio organizador, desarrolló para la Coordinación de Sangre y Hemoderivados (COSAH) del Ministerio de Salud (MS), cuatro Programas de Control Externo de Serología en Bancos de Sangre, a nivel nacional:

PROGRAMA NACIONAL 1.....31 HEMOCENTROS.....agosto 1994

PROGRAMA NACIONAL 2.....60 HEMOCENTROS.....marzo 1995

PROGRAMA NACIONAL 3.....60 HEMOCENTROS.....julio 1995

PROGRAMA NACIONAL 4.....61 HEMOCENTROS.....noviembre 1995

El multipanel utilizado en el Programa 1 contenía 34 muestras y en los demás Programas 24. El Cuadro 12 resume los resultados obtenidos de los tres primeros Programas.

Finalmente, con datos de la COSAH del MS, se resumen en el Cuadro 13 los hallazgos detectados en cuanto a prevalencia de la infección tripanosómica en donantes de sangre para las cinco macroregiones de Brasil, en el primer semestre de 1995.

CUADRO 11
ENCUESTAS SEROLOGICAS PARA EL T. Cruzi DE EVALUACION DE LAS ACCIONES DE CONTROL VECTORIAL
EN AREAS CON T. infestans

ESTADO	NUMERO DE MUNICIPIOS	Nº DE MUESTRAS TOMADAS	Nº DE MUESTRAS PROCESADAS	Nº DE MUESTRAS POSITIVAS	% DE POSITIVIDAD
BAHIA (1994-95)	29	9.190	8.366	5	0,06
GOIAS (1994-95)	44	6.114	6.059	30*	0,5
MINAS GERAIS (1989-95)	103	25.302	22.558	11*	0,05
M. GROSSO DO SUL (1994)	11	1.416	613	0	0
MATO GROSSO (1995)	9	7.297	7.297	0	0
PARAIBA (1995)	1	413	394	0	0
PERNAMBUCO (1995)	3	805	638	0	0
PARANA (1994-95)	45	17.862	17.862	3*	0,01
RIO G. DO SUL (1994-95)	121	27.337	20.856	145	0,7
TOTAL	366	95.736	84.643	194*	0,2

* Hasta febrero 1996.

CUADRO 12
CONTROL DE CALIDAD DE LA SEROLOGIA EN BANCOS DE SANGRE
TOTAL DE EXAMENES REALIZADOS POR LOS LABORATORIOS PARTICIPANTES.

	Nº Total de Tests Realizados	Resultados Falsos Positivos		Resultados Falsos Negativos	
		No.	%	No.	%
1º Programa (n=23)	6.287	479	7,6	120	1,9
2º Programa (n=50)	10.002	256	2,6	33	0,33
3º Programa (n=52)	10.233	212	2,1	61	0,6

CUADRO 13
RESULTADOS DE LA INVESTIGACION SEROLOGICA PARA
***T. Cruzi* EN LAS MACROREGIONES DE BRASIL**
EN/JUL-1995

REGION	Nº. de Exámenes	% de sueros positivos
NORTE	70.934	0,38
NORDESTE	72.290	0,38
CENTRO-OESTE	63.537	1,24
SUDESTE	746.90	0,61
SUR	99.813	1,13
BRASIL	1.053.475	0,66

CHILE

Se procedió en el pasado ejercicio, a estructurar la reformulación del Programa de acuerdo a las recomendaciones de la misión de evaluación internacional recibida en marzo de 1995. Entre las modificaciones se incluyeron: mejoras de gestión, mas trabajos interregionales, actualización de los diagnósticos de situación, doble ciclo de tratamiento insecticida anual, considerar las localidades como unidad básica de trabajo y reforzar la intersectorialidad y participación comunitaria. Por Resolución Ministerial N° 1211 del 18 de febrero de 1994 se creó la Comisión Nacional de Preparación del Programa Nacional de Erradicación de la Transmisión Vectorial y Transfusional de Enfermedad de Chagas, actualmente en funciones.

Durante 1995, se pusieron en vigilancia un total de 2.454 viviendas, ubicadas en áreas de los Servicios de Salud de Arica, Iquique, Antofagasta, Copiapo, Coquimbo, San Felipe/Los Andes, Viña del Mar/Quillota y Rancagua, las actividades de ataque se concentraron en el inicio del trabajo en la Región Metropolitana (Cuadro N° 14).

En relación al control de la vía transfusional, por la Circular Ministerial 4F53 de 1995, se tornó obligatorio el tamizaje serológico por enfermedad de Chagas desde la I a la VI Región, con inclusión de la Región Metropolitana, siendo la indicación restricta al área de transmisión vectorial (Cuadro N° 15).

CUADRO 14
PROGRAMA DE CONTROL ANTITRIATOMINEO. 1995.

AREA GEOGRAFICA	VIVIENDAS EN COMUNAS INFESTADAS EN ZONAS CIAGASICAS		VIVIENDAS		INFESTADA POR	
	TOTAL	INFESTADAS	TRATADA	REINFESTADAS	PORT. INFESTANS	PORT. SPINOLAI
	TOTAL	TOTAL	Nº	Nº	Nº	Nº
		%		%	%	%
I REGION	3.382	119	712	4	4	0
II REGION	21.492	182	1.063	50	50	0
III REGION	24.611	1.918	3.251	136	26	110
IV REGION	80.294	13.953	13.953	211	195	16
V REGION	64.876	3.885	3.885	62	58	4
VI REGION	18.924	245	245	0	0	0
TOTAL I A IV REGION	213.779	23.109	23.109	463	333	130
R. METROPOLITANA	21.958	Sin diagnostico	433	1	1	0
		Sin diagnostico		0.2	0.2	0.0
		Sin diagnostico		1	1	0
		Sin diagnostico		0.2	0.2	0.0
		Sin diagnostico		1	1	0
		Sin diagnostico		0.2	0.2	0.0

CUADRO 15

PREVALENCIA DE SEROLOGÍA POSITIVA PARA DISTINTOS PATÓGENOS (*) EN DONANTES DE SANGRE POR SERVICIO DE SALUD - 1993

REGION	SERVICIO DE SALUD	YH	HEP B	SYPH-18	T. total	HEP C *
I	ARECA	0,00	0,40	1,89	5,24	NR
	LIQUIME	0,04	0,46	0,76	1,77	0,23
II	ANTOFAGASTA	0,01	0,46	1,24	2,37	NR
III	ATACAMA	0,01	0,16	0,45	2,00	0,00
IV	COQUIMBO	0,00	0,77	0,85	3,54	NR
V	VALPA S/A. ANTONIO	0,07	0,16	1,38	1,60	NR
	VIÑA - QUILLOTA	0,06	0,23	3,16	1,15	0,09
	SR PPT - LA VIDES	0,00	0,25	0,62	1,65	FR
PN	NORIE	0,05	0,10	0,97	0,88	0,25
	OCCIDENTE	0,05	0,17	1,11	0,91	0,00
	CENTRO	0,04	0,18	2,28	0,85	0,25
	ORIENTE	0,03	0,13	0,67	0,21	0,21
	SUR	0,04	0,13	1,77	1,19	FR
	SUR - ORIENTE	0,08	0,50	1,00	0,65	NR
VI	LIR BCO O HIGUERES	0,04	0,19	1,40	0,92	NR
VII	DEL MAULE	0,01	0,33	1,80	NR	NR
VIII	SUBLE	0,00	0,33	1,80	NR	NR
	VINCP. ARAUCO	0,01	0,06	1,09	NR	NR
	TALCAHUANO	0,00	0,18	1,16	NR	0,25
IX	RIO BHO	0,00	0,77	1,29	NR	NR
	DE LA ARAUCANIA	0,00	0,00	1,28	NR	0,00
X	VALDIVIA	0,02	0,07	0,27	NR	0,00
	OSORNO	0,00	0,00	0,84	NR	0,00
	LLANCHUDAL	0,00	0,12	0,25	0,20	0,15
XI	AYSEN	0,00	0,00	1,26	NR	FR
XII	MACALANDES	0,00	0,00	0,13	0,00	FR

* TODAS LAS SEROPREVALENCIAS POR 100 DONANTES NR: NO SE REALIZÓ EL EXAMEN EN NINGUN BANCO DE SANGRE DEL SERVICIO DE SALUD

PARAGUAY

La articulación del SENEPA, Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social), y el IICS, Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud (Universidad Nacional), ha entrado en una etapa que muestra realizaciones concretas con buenas expectativas de progreso. Ambas instituciones comparten responsabilidades, delimitando las áreas de acuerdo a sus cometidos y capacidad instalada.

Durante 1995, el desarrollo del Programa involucró actividades en las siguientes áreas;

a) rociado intradomiciliario con piretroides en 32.502 casas de siete departamentos (Cuadro Nº15);

b) encuestas sero-epidemiológicas en población de los Departamentos de Paraguari, Cordillera y Boquerón (Cuadro Nº17);

c) medicación a infectados menores de 12 años; d) control de las transmisión transfusional totalizando 34.216 donantes controlados en 1995 (Cuadro Nº18), y

e) control de transmisión por vía transplacentaria, que en el segundo semestre de 1995 dio cobertura a 5.042 embarazadas de los departamentos de Paraguari y Cordillera, en las cuales la prevalencia de la infección por *T. Cruzi* fue del 15%.

CUADRO 16
CONTROL VECTORIAL DEL T. INFESTANS
VIVIENDAS ROCIADAS POR JURISDICCION (FASE ATAQUE) - 1995

DEPARTAMENTOS	TOTAL VIVIENDAS	VIVIENDAS ROCIADAS	% VIVIENDAS ROCIADAS
CORDILLERA	28452	8370	29,41
PARAGUARI	33872	6642	19,61
MISIONES	9130	3600	39,43
SAN PEDRO	46456	9000	19,37
CAAZAPA	22259	1500	6,74
BOQUERON	4680	2498	53,38
PTE.HAYES	8771	892	10,17
TOTAL	153620	32502	21,16

CUADRO 17
SEROLOGIA PARA T. Cruzi - DEPARTAMENTOS TRABAJADOS - 1995

DEPART.	MUESTRAS NEGAT.	%	MUESTRAS POSIT.	%	TOTAL MUESTRAS
PARAGUARI Y CORDILLERA	2205	94,31	133	5,69	2338
BOQUERON	972	82,79	202	17,21	1174
TOTAL	3177	90,46	335	9,54	3512

CUADRO 18
ANÁLISIS SEROLÓGICO PARA *T. Cruzii* EN BANCOS DE SANGRE. PERIODO: 1990/1995

AÑOS	UNIDADES DE SANGRE CONTROLADA		POSITIVOS (+)		NEGATIVOS (-)		UNIDADES DE SANGRE NO CONTROLADA		TOTAL DE DONACIONES
1990	4197	72,56%	87	2,07%	4110	97,93%	1587	27,44%	5784
1991	10548	63,39%	420	3,98%	10128	96,02%	6093	36,61%	16641
1992	22065	88,00%	798	3,62%	21267	96,38%	3010	12,00%	25075
1993	27081	74,75%	1177	4,35%	25904	95,65%	9150	25,25%	36231
1994	6476	22,67%	277	4,28%	6199	95,72%	22086	77,33%	28562
1995	23257	67,97%	1340	5,76%	21917	94,24%	10959	32,03%	34216

URUGUAY

Uruguay ha logrado una importante disminución de la extensión del área endémica inicial. En 1985 se llegó a la negativización total para *Triatoma infestans* del departamento de Artigas (el departamento de más alta endemia) y a partir de aquí en el marco de los lineamientos técnicos y estratégicos de la Iniciativa del Cono Sur se logró la negativización para los departamentos de Soriano (1991) y Cerro Largo (1993).

Durante 1995 se logró:

- la cobertura de 3847 viviendas del área endémica.
- alcanzar una de las metas previstas: la eliminación total del vector para el departamento de Río Negro (Figura 5).
- trabajar sucesivamente en los departamentos de Rivera, Tacuarembó, Río Negro y Paysandú en fase de ataque y se mantuvo la vigilancia en aquellas áreas en que se había alcanzado el control total.
- desarrollar esta estrategia del Programa de Control implicó la realización de una coordinación con el nivel local a través de la Dirección Departamental de Salud, la Intendencia Municipal y con el Ministerio de Defensa mediante la participación de soldados de la División del Ejército N° III.

Con esta metodología se obtuvieron excelentes resultados en los departamentos de Río Negro y Paysandú (Cuadro 19).

- En Paysandú se inició el primer ciclo de acciones antivectoriales, abarcando la totalidad del área infestada.

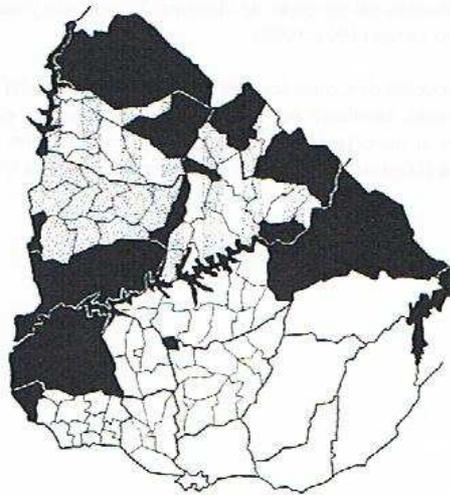
De continuarse las acciones se lograría el control total para 1996.

- En el departamento de Rivera se trabajó en coordinación con la Fundación Nacional de Salud (Coordinación Río Grande do Sul) en el área de frontera brasileño-uruguay, conformándose equipos integrados por personal de ambos países. Estas acciones permitieron el descenso del índice de infestación domiciliar de las encuestas iniciales de 6,4% al 0,1%, en la evaluación final.
- En el departamento de Tacuarembó se trabajó de acuerdo a los requerimientos de las zonas más problemáticas del departamento, por carencia de recursos.
- Dentro de las actividades previstas para este ejercicio, se nombró la Comisión Nacional para la Certificación del Corte de la Transmisión Vectorial de *Trypanosoma cruzi*, que comenzó a sesionar a fines del mes de noviembre.

Como metas para el presente año se propone:

- Continuar los trabajos que se han venido realizando en los departamentos de Rivera y Tacuarembó.
- Lograr la negativización total del departamento de Paysandú.
- Incrementar las actividades de vigilancia, poniendo en marcha el Proyecto de vigilancia presentado y analizado en el taller llevado a cabo en Cerro Largo .
- Completar la implementación del proyecto de vigilancia presentado y analizado en el taller llevado a cabo en Cerro Largo (1994-1995).
- Poner en marcha el Proyecto de Comunicación Social en Vigilancia del Control Vectorial de Enfermedad de Chagas, aprobado por TDR/OMS a realizarse en el departamento de Tacuarembó, de especial importancia como modelo de participación comunitaria en la vigilancia de *Triatoma infestans*, con posible de replicación en otras áreas del país.

FIGURA 5
ÁREAS ENDÉMICAS BAJO CONTROL. ESTADO ACTUAL. 1995.



REFERENCIAS (1995)

	Prev.inf.hum.	IID
ZONA A (Bandeada)	6 a 11 %	0,1 a 2,5 %
ZONA B (Punteada)	2 a 3 %	0,01 %
ZONA C (Blanca)	1 %	presencia focal y esporádica
Zonas negras: ausencia total por efecto del control		

CUADRO 19
INDICE DE INFESTACION FINAL POR T. infestans EN LOS DIEZ
DPTOS. ENDEMICOS ENCUESTADOS , 1995.

N°.	DEPARTAMENTO	N° TOTAL DE VIVIENDAS (*)	N° DE VIVIENDAS INFECTADAS	IID
1	ARTIGAS	15.505	0	-
2	C.LARGO	26.917	0	-
3	COLONIA(*)	4.029	0	-
4	DURAZNO(*)	4.358	0	-
5	PAYSANDU	35.356	4	0,01%
6	R.NEGRO	19.110	0	-
7	RIVERA	23.838	26	0,11%
8	SALTO	34.630	242	0,69%
9	SORIANO	31.923	0	-
10	TACUAREMBO	24.710	642	2,5%

(*) VIVIENDAS TOTALES DEL AREA DE DISPERSION DEL VECTOR

IID: INDICE DE INFESTACION DOMICILIAR

(.) PARCIAL

INFORME DEL PAIS INVITADO:**PERU**

En 1919, Escomel, describe el primer caso oficialmente registrado de enfermedad de Chagas en Perú. Durante el período 1919-1995 se registra un acumulado de 1,679 casos notificados de tripanosomiasis americana.

En el año 1995, se han registrado y notificado tres casos, evidenciándose un notable subregistro de la afección. La tasa de incidencia promedio fluctúa anualmente entre 0,012 a 1,36 x 100.000 habitantes.

La estratificación epidemiológica muestra un área endémica de 275.815 km², que representan el 22% de la superficie del país, con una población en riesgo de 1.907.712 habitantes, un 9% de la población nacional.

La endemia se circunscribe actualmente a la Macro-región Sur y a la Región Nor-oriental del país. Los vectores responsables de la transmisión corresponden a la especie **Triatoma infestans**, en la Macro-región Sur con hábitos estrictamente intra y peridomiciliarios, y el **Panstrongylus herreri** para la Región Nor-oriental, con hábitos silvestres y domiciliarios. El análisis estratificado de la prevalencia histórica acumulada durante los últimos 76 años muestra que los departamentos más afectados en orden de prioridad son: Moquegua, San Martín, Tacna, Arequipa, Chachapoyas, Loreto, Cajamarca, Madre de Dios, Huánuco, Piura e Ica.

El Programa de control de Chagas en Perú es de carácter macrorregional y se encuentra en fase de actualización y reorientación técnico-normativa, luego de la disolución del programa vertical que se ocupaba de esta afección. Actualmente se desarrollan planes operativos de control vectorial contingenciales, en base a demandas no técnicas y exigencias comunitarias, garantizándose la gratuidad del diagnóstico y tratamiento de los afectados.

Se reconocen como prioridades del Programa:

- a) fortalecimiento a corto plazo de la vigilancia, tamizaje y control en bancos de sangre de áreas endémicas, con extensión de la medida al resto del país, a mediano plazo.
- b) formulación técnico-normativa de la doctrina, normas y procedimientos para el control de la enfermedad en Perú desde 1996.
- c) actualizar el mapa de infestación triatomínica y determinación del nivel de infección tripano-triatomínica del país por muestreo, a mediano plazo.
- d) estudio multicéntrico, muestral y representativo del nivel de infección en bancos de sangre de todo el país, por medio del Instituto Nacional de Salud a corto plazo.

e) estudios multicéntricos de seroprevalencia de tripanosomiasis en áreas endémicas de transmisión y el resto del país, a cargo del Instituto Nacional de Salud, en el corto y mediano plazo.

f) garantizar un adecuado nivel técnico en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos, con énfasis en grupos vulnerables (gestantes, neonatos, donantes, hemofílicos) a corto plazo.

g) implementar medidas de control vectorial integrado previa evaluación de la dispersión vectorial, nivel de infestación y características de la vivienda.

h) fortalecer y estimular la participación de los Gobiernos Regionales, locales y de la comunidad en medidas preventivas de saneamiento, mejora de la vivienda y condiciones de vida.

Las condiciones de inserción del Perú en la Iniciativa del Cono Sur deberán contemplar el financiamiento de las prioridades del Programa y el país, de forma concertada, con las prioridades e intereses de los países del Cono Sur.

IV. FINANCIAMIENTO

El financiamiento de los Programas Nacionales ha sido solventado, en casi su totalidad, por los mismos gobiernos. Puede apreciarse en el cuadro 8, los fondos, que cada año han dedicado los países del Cono Sur para cumplir con los objetivos de la Iniciativa.

CUADRO 20

APORTE DE LOS PAISES DEL CONO SUR PARA LA ELIMINACION DEL T. INFESTANS Y LA INTERRUPCION DE LA TRANSMISION TRANSFUSIONAL DEL T. CREZI (SELA) *

PAIS	1991	1992	1993	1994	1995	1996
ARGENTINA ¹	3,400.000	9,000.000	17,000.000	21,500.000	18,000.000	18,000.000
BOLIVIA ²				83.000	717.035	706.943
BRASIL ³			18,424.000		48,549.600	28,000.000
CHILE ³	300.000	300.000	300.000	300.000	300.000	1,000.000
PARAGUAY ⁴			893.000	1,144.349	1,250.000	1,252.331
URUGUAY ⁵	66.000	102.000	41.000	126.000	133.000	73.900

¹ Sin contar Salarios.

² Incluye en 1995/1996 fondos por convenio con la subsecretaría de inversión pública de la cooperación BIRF por u\$s 400.000.

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 1995. En 1996 no se incluyen fondos municipales.

* Los montos de 1991 a 1994 corresponden a fondos ejecutados. Los de 1996 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.

En 1995, el Director de OPS expresó al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) su deseo de que se otorgara prioridad a proyectos nacionales, para la eliminación de **T. infestans** en el Cono Sur.

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.

Los actuales apoyos se concentran en temáticas entomoepidemiológicas o seroepidemiológicas, como contribución hacia la certificación del control/eliminación de la enfermedad de Chagas y su transmisión. Estas pequeñas contribuciones en dinero, sumadas a la contraparte nacional, arrojan resultados concretos en investigación operativa de utilidad estratégica, para la evaluación del proyecto subregional y sus componentes nacionales.

La reorganización del TDR/OMS, con caída de la asignación de recursos a enfermedad de Chagas y una agrupación estructural del Programa basada en disciplinas (investigación estratégica, desarrollo tecnológico e investigación aplicada) y no por enfermedades prioritarias, con redistribución de los fondos asignados, ha reducido la prioridad para esta endemia, haciendo peligrar el apoyo a la Iniciativa, en una etapa clave para el alcance de sus objetivos.

VI. PRESENTACIONES ESPECIALES

Se desarrollaron los siguientes temas:

- * Control serológico en Bancos de Sangre, por el Dr. Amadeo Sáez Alquezar.
- * Situación del Control de Calidad en los Laboratorios Nacionales de Referencia para el Diagnóstico de la Infección por *T. cruzi*, por la Dra. Elsa Segura.
- * Estado actual del Proyecto Binacional de Eliminación de *T. infestans*, en el Area de Frontera Brasil/Uruguay, por la Dra. Raquel Rosa.
- * Nuevos enfoques de la terapéutica y tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas, por el Dr. Alejandro Luquetti.

VII. EVALUACIONES NACIONALES EN 1995: CHILE y BRASIL

1.- RESUMEN DEL INFORME DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL EN CHILE. 5 AL 10 DE MARZO DE 1995.

La comisión de evaluación integrada por el **Dr. Roberto Chuit** (Director Nacional de Epidemiología, Argentina), **Dr. Roberto Salvatella** (Consultor local, OPS/OMS Uruguay) y **Dr. Antonio Carlos Silveira** (Coordinador de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Fundación Nacional de Salud, Brasil), acompañados por el **Dr. Gabriel Schmunis** (OPS, Washington), recibió el apoyo del Programa de Chagas de Chile por medio de su Asesor Nacional, **Ing. Julio Valdés**, quien presentó la información requerida y un plan de visitas dirigido a la IV Región, que fuera cumplido en integridad.

SITUACION ACTUAL

Análisis de los datos provistos.

La información disponible, correspondiente a 1994, esta especialmente desarrollada para la IV Región, la cual fue elegida por el Programa para las observaciones de campo. Entre los datos de infestación domiciliaria de 1994, se destacan:

- 1) Se observa un descenso marcado en la década del 85/94 de la infestación desde un 23.6% a un 2.4%
- 2) En la III Región, identificada inicialmente con elevados niveles de infestación (64%), llama la atención, porque en 1989 tuvo un valor del 1% de infestación, llegando al 8% en 1994
- 3) Un hecho similar al de la III Región se observa en la II. Las coberturas han sido especialmente bajas para la II, V, VI Región y Area Metropolitana.

OBSERVACIONES DE CAMPO

Solo fue visitada la IV Región en dos localidades. La totalidad de la Región informó, 211 viviendas infestadas para el ciclo 1994. En esta área se presenta una peculiar distribución de las viviendas, motivada por las condiciones físicas del terreno, en relación a los valles y a los cursos de agua del área. Así existe un grado de agrupamiento importante de las casas rurales, concentradas en pequeños grupos, distantes entre sí y con dificultades de acceso.

Se observó diferentes calidades de vivienda, constituidas principalmente por domicilios de paredes de barro y techo de paja o chapa, con algún peridomicilio, integrado en algunas

oportunidades a la casa. Este peridomicilio presenta mayoritariamente corrales y muros (pircas) de piedra, con escasez de animales domésticos (perro, gato, galina, etc) y otros.

En las reuniones mantenidas con el personal de campo se informó a la Comisión de Evaluación:

- * Existe una selección de las viviendas a visitarse en el ciclo anual fundamentada en: positividad en el ciclo anterior, denuncia de los vecinos y algunas visitas aleatorias;
- * La magnitud de la agregación de las viviendas está dentro de las distancias de desplazamiento de *T. infestans*;
- * La aplicación de insecticidas está restringida a la vivienda, no dedicándose la suficiente atención al peridomicilio, de acuerdo a lo sugerido por el consumo registrado de insecticidas y la superficie estimada para tratamiento;
- * No todas las viviendas que son reiteradamente visitadas presentan condiciones para la colonización triatomínica;
- * La presencia de enfermería rural visitando los domicilios, como mínimo una vez al año, se integra al sistema de vigilancia entomológica;
- * No se utilizan herramientas para vigilancia entomológica de tipo pasivo (sensor), para el monitoreo de la infestación de las viviendas;
- * La supervisión de las acciones de los operadores locales es limitada. Esto se origina en la diversidad de programas bajo la responsabilidad del nivel regional;
- * Se trabaja en convenio operativo y de aporte de recursos con las alcaldías y municipios de cada zona de trabajo;
- * La disponibilidad de vehículos es a tiempo parcial, como consecuencia de la diversidad de programas a ser atendidos por el servicio regional.

COMENTARIOS

Las acciones cumplidas hasta la fecha por el Programa de Chagas de Chile, en la perspectiva del control de la enfermedad mediante el control vectorial, han sido adecuadas a este propósito.

Se destacan en él, la participación integrada de Municipios y el Ministerio de Salud, la aceptabilidad manifiesta de la comunidad para las acciones del Programa, la excelente coordinación con el área de atención primaria de la salud, la ubicación orgánica del Programa

dentro de la estructura ministerial (con especial referencia ambiental) y el alto grado de compromiso que frente a la tarea muestran los niveles nacional y regional.

Sin embargo, la instancia eliminación de *T. infestans*, con la total interrupción de la transmisión domiciliar por el vector, obliga a reformular y ajustar la metodología y estrategias hasta hoy empleadas.

Tales modificaciones implican:

- a) mayor regularidad de las acciones;
- b) mayor continuidad espacial en las viviendas, peridomicilios y sus nucleamientos a los efectos del tratamiento;
- c) mayor desarrollo y alcance de la vigilancia entomológica, agregándose a lo actualmente realizado el empleo de instrumentos de detección de triatomíneos en todas las viviendas del área reconocidamente chagásica;
- d) optimizar la coordinación interregiones con acciones conjuntas y coordinadas;
- e) implementar la capacidad de análisis de datos y gestión de los niveles nacionales y regionales del Programa de Chagas.

Otra observación de interés se refiere a la forma como se trabajan los datos. La determinación de las tasas de infestación, cuando no se tenga vigilancia absoluta sobre áreas no cubiertas por el personal institucional, debe hacerse con referencia exclusiva a las viviendas evaluadas.

RECOMENDACIONES

Estas se fundamentan en los logros alcanzados, y buscan obtener una mejor utilización de los recursos con el objeto de hacer eficiente el gasto en salud, y en particular lograr el objetivo propuesto de eliminar el *T. infestans* del Cono Sur, presentándose Chile como un país con un futuro cierto para lograrlo.

1) Es necesario iniciar de forma prioritaria un **ajuste de la metodología de trabajo, así como de la recolección de los datos**, de acuerdo a lo establecido en el documento: "Iniciativa Cono Sur. Informe del Taller sobre Definición de Indicadores para la Certificación de la Eliminación de *T. infestans*" (PAHO / HPC / HCT /94-20). Considerando especialmente que:

1.1) A los efectos de la programación de actividades (pesquisa entomológica y notificación) es necesario obtener la **información correspondiente a los tres últimos años**, ya que para la certificación, se ha establecido ese, como el tiempo mínimo aceptable;

- 1.2) En referencia a la totalidad del proceso y para el efectivo cumplimiento de lo previamente indicado, es imprescindible que se **regularize el trabajo en su periodicidad y espacialidad**, cumpliéndose anualmente como mínimo con la integral cobertura de las áreas seleccionadas.
- 1.3) De acuerdo a lo ya establecido, por la "Iniciativa del Cono Sur" se debe llevar a cabo el **tratamiento de todas las viviendas, incluyendo los peridomicilios, que se han comprobado infestados en todo el sector**;
- 1.4) La presencia de infestaciones apenas residuales, obliga a la **utilización de cualquier técnica probada de detección pasiva** (sensores Maria, calendarios, etc) para aumentar las oportunidades de observación, con el objeto de aumentar la sensibilidad de detección del vector;
- 1.5) La experiencia acumulada en los países, en referencia al alto rendimiento del control del vector, al **cumplirse ciclos de rociado en cualquier estación del año**, con el empleo de piretroides dotados de acción repelente e insecticida, indica la necesidad de continuar las **tareas de eliminación vectorial durante todo el año**;
- 1.6) El pequeño número de viviendas infestadas remanentes, permite efectuar un seguimiento individual o sectorial de cada una de ellas, permitiendo adoptar **técnicas alternativas en la perspectiva de la eliminación**, como un mejor manejo del medio residencial, tal como la reestructuración del peridomicilio o el acondicionamiento de la vivienda.
- 1.7) Que se revisen los documentos o formularios utilizados actualmente para el registro, consolidación y evaluación del Programa, adecuándolos al empleo rutinario de los indicadores propuestos para la certificación de la eliminación;
- 1.8) La informatización del sistema de información resultaría deseable en el marco de acciones propuestas;
- 1.9) El nivel central del programa debe contar con la más completa y actualizada información de gestión, actividades y resultados de la **totalidad de las regiones endémicas en Chile**.
- 1.10) La **continuidad de las acciones**, es la condición fundamental para poder intervenir en cada situación particular de la manera más apropiada y oportuna, acelerándose para ello el desarrollo de la capacidad de análisis de la información generada.
- 2) Fortalecer todos los niveles regionales, por medio de actividades de entrenamiento y capacitación de recursos humanos, para actuar de acuerdo a las directivas y procedimientos propuestos por la "Iniciativa del Cono Sur". Esto constituye uno de los aspectos fundamentales para dar continuidad al trabajo de eliminación de T.infestans de Chile. Para ello es imprescindible:

- 2.1) Una mayor y efectiva difusión de los documentos técnicos y operativos de la "Iniciativa del Cono Sur", así como la divulgación del conocimiento del propio emprendimiento subregional, a todos los niveles del programa de Chagas,
- 2.2) La integración del trabajo de las Regiones limítrofes para que se logre simultaneidad y homogeneidad en las acciones;
- 2.3) Que la reunión de coordinación interregional prevista anualmente, para el personal de las Direcciones de Atención del Ambiente, debe priorizar el tema "Eliminación del *T. infestans*" aportándose a los niveles operativos la información necesaria para trabajar, según las recomendaciones de la Iniciativa del Cono Sur.
- 3) La importancia que Chile otorga al problema, así como la factibilidad de alcanzar la meta a corto plazo, requiere que se concrete para el Programa de Chagas, su **prioridad** y que la misma se manifieste por un **mayor aporte de recursos** o un **tratamiento diferenciado** dentro de los programas de atención del ambiente.

2.-RESUMEN DEL INFORME DE EVALUACION DEL PROGRAMA DE CONTROL EN LOS ESTADOS DE SAN PABLO Y MINAS GERAIS. BRASIL. 6 AL 15 DE NOVIEMBRE DE 1995.-

La Comisión de Evaluación estuvo formada por el Dr. Roberto Chuit, Director de Epidemiología del Ministerio de Salud, Argentina; Ing. Julio Valdés, Director del Programa de Chagas, MINSALUD, Chile; y Dr. Roberto Salvatella, Consultor Nacional, OPS/OMS, Uruguay; contándose con el apoyo del coordinador nacional de los trabajos de evaluación, Dr. João Carlos Pinto Dias, FIOCRUZ/UFMG/FNS, Brasil.

Los criterios de evaluación adoptados partieron del análisis de la información brindada por los organismos visitados (FNS, SUCEN, Fundación HEMOCENTRO, Secretaría de Salud de San Pablo, HEMOMINAS, Fundación E.Dias, entre otros), quienes aportaron documentos, registros y cartografía, así como presentaciones efectuadas por su personal y coordinaron visitas a terreno.

SAN PABLO

ANTECEDENTES

El control de la transmisión vectorial de la Enfermedad de Chagas en el Estado de Sao Paulo tuvo inicio en 1950, cuando de los 369 municipios existentes, en 231 había triatomíneos,

siendo que 94,8% de los ejemplares colectados eran *T.infestans*. Al inicio de los años 60 la prevalencia de la infección chagásica en la población era del 9,3%, con 6,3% de positividad en niños menores de 9 años. El programa tuvo gran impulso a partir de 1964, cuando fueron ampliadas las actividades de rociado de casas rurales con BHC al 30%, para la totalidad del área endémica, con periodicidad anual. En 1968 el rociado de la totalidad de las casas ("arrastão") fue sustituido por rociado selectivo. Posteriormente, a 5 años de esta modalidad de trabajo, pudo observarse una reducción de *T.infestans* del orden del 95%, comenzándose a implementar la fase de vigilancia entomológica.

Esta fase del programa de control, comenzó a utilizar una estratificación epidemiológica basada en áreas de prioridad, fundamentadas en el riesgo de transmisión de la enfermedad, adecuándose la investigación triatomínica a los índices de infestación y a la especie vectora comprometida: *T.infestans*.

- prioridad 1 índice infestación domiciliar - e índice de infestación peridomiciliar - 10%
- prioridad 2 índice infestación domiciliar 5% e índice de infestación peridomiciliar 5%
- prioridad 3 índice infestación domiciliar = 0% e índice de infestación peridomiciliar = 0%

Las diferentes prioridades contemplaban desde la visita y ciclo anual, hasta la notificación por parte de la población, e incluso la combinación de ambos procedimientos.

Los índices de infestación domiciliar, el número de ejemplares de *T.infestans* colectados disminuyeron, y desde 1978 no se detectaron en el Estado de São Paulo ejemplares de esta especie vectora infectados por *T.cruzi*. La eficacia del control quedó demostrada por la reducción acentuada del número de ejemplares de *T.infestans* colectados, con disminución del índice de infestación domiciliar, y la prevalencia serológica en escolares.

A partir de los años 80 el sistema de vigilancia de SUCEN pasó a utilizar dos estrategias básicas:

- a - programación de investigaciones triatomínicas (colecta) en áreas sospechosas de residualidad; y
- b - estímulo e incremento de la participación comunitaria en la notificación de presencia de triatomíneos en la vivienda.

A partir de 1985 la captura de ejemplares de *T.infestans*, mayoritariamente condicionada a la denuncia por participación de la población, certificada por el personal de

SUCEN, permitió reconocer un ínfimo número de ejemplares, mayoritariamente asociados al transporte pasivo. Sin embargo, existen ejemplos puntuales de persistencia de infestación residual, identificada en casas negativas a las inspecciones rutinarias, que una vez demolidas, presentan ejemplares de *T.infestans*.

Las actividades de vigilancia responden a una esquema "verticalizado", en el que las notificaciones espontáneas por parte de la población referidas a presencia de triatomíneos, resultan cada vez más importantes dentro del sistema. Cada notificación se atiende en un breve plazo, mediante una investigación en la unidad domiciliar y tratamiento químico del foco.

En la actualidad, la especie más prevalente en el Estado es el *Triatoma sordida*, tanto en el intra como en el peridomicilio, seguido en frecuencia por el *Panstrongylus megistus*. La infección tripanosómica es variable.

CONCLUSIONES

- 1) SUCEN, enfrenta una etapa de reorganización, dentro del proceso que el área sanitaria del estado está desarrollando.
- 2) Existe un esquema de vigilancia en enfermedad de Chagas contemplando componentes entomológicos y serológicos, funcionando desde 1984.
- 3) Desde el punto de vista entomológico, la metodología de trabajo ha contemplado, desde 1985, el estudio de localidades en base a una agrupación según prioridades que contempla tres categorías, priorizando aquellas que tienen y/o tuvieron infestación.
- 4) Los resultados serológicos anuales, en población de escolares de 7 años de edad, en el estudio efectuado entre 1973 y 1983, permiten observar la ausencia de casos a partir de 1983.
- 5) La vigilancia entomológica, no identifica colonias de *T.infestans* desde 1984, con sólo escasas colectas de ejemplares aislados (transporte pasivo).

Estos datos asociados a los resultados serológicos de baja prevalencia en población adulta, con negatividad para los grupos más jóvenes, permite concluir que el *T.infestans*, ha sido eliminado en el Estado de Sao Paulo.

MINAS GERAIS

ANTECEDENTES

Hasta 1975, las actividades del Programa de Control de la Enfermedad de Chagas estaban restringidas a pequeñas áreas del Estado, desenvolviéndose de forma continua y sin objetivos estratégicos o criterios programáticos. A partir de ese año el Programa fue completamente reformulado, mediante la adopción de una estrategia (áreas continuas y contiguas) y metodología (reconocimiento geográfico/encuesta triatomínica, ataque y vigilancia). Como instrumentos de lucha antivectorial se utilizaron, insecticidas de amplio poder residual para aplicación en las superficies tratables de las unidades domiciliarias (casa y anexos).

Durante los años transcurridos desde los inicios de las intervenciones, fundamentalmente en la región norte del estado, es posible apreciar una disminución del *T. infestans* como consecuencia del tratamiento con insecticida, sin embargo en el período 1991-1992 todavía se constató la existencia de focos residuales de la especie en 19 municipios y 59 localidades.

En 1992 por iniciativa y decisión política de los países integrantes de la subregión del Cono Sur, se fortalecieron las acciones implantándose los rociados semestrales, dirigidos a las localidades positivas y sus limítrofes. Hoy en Minas Gerais el programa da cobertura a una superficie de 500.000 km², con una población aproximada de 2.000.000 de habitantes, que integran 518 municipios de los cuales 280 se encuentran en fase de ataque y 238 en vigilancia. Se trabaja con un esquema de vigilancia en el cual participan equipos regulares de la FNS y un esquema de Puestos de Información Triatomínica (PIT) que motivan a la notificación comunitaria de infestación triatomínica, en un esquema de progresiva municipalización de las actividades.

Entre las problemáticas que se han planteado, figuran dificultades que han limitado el desarrollo de las actividades, como es el caso de la irrupción de la reinfestación por *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus* y transmisión efectiva de Dengue, desde 1986. Dentro del área de actividades del control de Chagas, la presencia de vectores secundarios (*Triatoma sordida*, *Panstrongylus megistus*) ha representado nuevos desafíos para la vigilancia instrumentada por la Coordinación estadual.

CONCLUSIONES

1) en Minas Gerais se ha cumplido un proceso de control/eliminación de *T. infestans*, que se inicia con acciones estructuradas a nivel estadual en 1975, continuando con un constante aumento de la cobertura y calidad de las acciones hasta 1986 (año epidémico de Dengue), y la posterior reformulación del programa en 1992, basada en los acuerdos de la Iniciativa del Cono Sur.

- 2) se observa que existe una restricción del índice de dispersión (ID), según datos de la FNS/MG, limitando a 4, del total de 276 municipios endémicos iniciales, la presencia de **T.infestans**.
- 3) las actividades cumplidas, han tenido a lo largo del tiempo (1975-1995), una constante reformulación, adecuada a la disponibilidad tecnológica y de conocimientos, como así a los compromisos regionales formulados en base a la opinión técnico científica de los paneles de expertos de la Iniciativa del Cono Sur.
- 4) se estima necesario profundizar el conocimiento de la infestación residual por **T.infestans**, como también la renovada presencia de especies vectoras secundarias, en el domicilio y sus anexos, antes de limitar en función de los costos las intervenciones de vigilancia y control químico.
- 5) la observación de las actividades y logros en el control/eliminación del **T.infestans**, permiten validar lo siguiente:
 - a - las actividades son realizadas en acuerdo a las recomendaciones de la Iniciativa del Cono Sur.
 - b - el desarrollo del Programa de Eliminación de **T.infestans** (PETI)
 - c - las actividades de los PIT s junto al desarrollo de un esquema de vigilancia basado en una estructura municipalizada del programa
 - d - la integración de un constante componente de investigación aplicada, facilitado por la FNS, mediante el Instituto René Rachou, Universidad Federal de Minas Gerais y Fundación Ezequiel Dias, entre otros.
- 6) pudiera considerarse necesario un relevamiento y estudio de la localización y distribución de los PIT a los efectos de optimizar su rendimiento, con criterios como: ubicación en vías de comunicación, accesibilidad, representatividad del lugar y los vecinos seleccionados.
- 7) considerar de particular interés la integración de las actividades educativas en los trabajos de vigilancia que se vienen desarrollando.

Conclusiones y Recomendaciones Generales

1. Resultaron satisfactorias las cifras de sero-prevalencia presentadas por diferentes áreas de SUCEN y FNS, en los estados de Sao Paulo y Minas Gerais, indicando la negativización de la transmisión o un marcado descenso de la misma hacia cifras ínfimas. Esto indica el éxito de las actividades desarrolladas.

Por ello, la Comisión recomienda dar continuidad a los esfuerzos de relevamiento sero-epidemiológico, especialmente en São Paulo, donde este tipo de evaluación ha tenido una discontinuidad metodológica desde 1984.

La población blanco deberán ser niños menores de 10 años.

2. Los documentos presentados por SUCEN y FNS para São Paulo y Minas Gerais respectivamente, junto a las visitas de terreno cumplidas, permiten concordar con el diagnóstico de eliminación de *T.infestans* en el caso de São Paulo y un avanzado estado de control, con escasa dispersión-presencia en mínimos municipios de Minas Gerais, como lo presentan ambas instituciones.

3. Si bien, los esquemas y estrategias de vigilancia presentados, muestran un alto rendimiento, la Comisión considera necesaria la utilización, junto con la denuncia de la población y/o la búsqueda activa, el uso de herramientas de vigilancia pasiva (sensores), para la detección de triatomíneos con el objeto de aumentar la sensibilidad de su localización.

4. Lo observado en cuanto a la sangre a transfundir, permite establecer la alta calidad demostrada por los diferentes centro visitados para descartar a los donantes infectados. Se recomienda que sea extendida esta metodología a un mayor número de centros tanto en el sector público como privado.

VIII. DISCUSION Y ANALISIS DE LOS INFORMES DE LOS PAISES DEL CONO SUR

El aumento sin precedentes registrado en el número de viviendas tratadas y en la cobertura alcanzada por las acciones de lucha antivectorial es el reflejo de la creciente prioridad que al tema asignan los países de la subregión.

Se considera particularmente positivo inicio de las acciones en Bolivia y el sostenido avance de las actividades en Paraguay, hechos que junto a la presencia de Perú en la V REUNION INTERGUBERNAMENTAL, merecieron las congratulaciones de los delegados de los Ministros que participaron en la Reunión.

Todos los países han registrado mejoras cuali y cuantitativas en sus actividades de control/eliminación del *T.infestans*.

Se consideraron de particular importancia las evaluaciones internacionales que se vienen efectuando en los Programas desde 1994 (Uruguay, 1994; Chile, IV Región, 1995; Brasil, San Pablo y Minas Gerais, 1995). Durante 1996, están planificadas las evaluaciones de Paraguay, Chile (III Región) y Argentina (Jujuy, Salta, Santiago del Estero, Catamarca).

En el marco de las actividades binacionales de lucha antivectorial, el año 1995 registra esfuerzos de trabajo conjunto en áreas de frontera de Uruguay-Brasil y Bolivia-Argentina. Para 1996, junto a la continuidad de ambos emprendimientos, Chile propone invitar a Bolivia y Perú para su encuentro anual de Directores Regionales del Programa Nacional de Chagas, a realizarse en el mes de octubre.

Existen significativos avances (cobertura, normatización, control de calidad), en lo que hace a control de bancos de sangre en todos los países, con excepción de Bolivia, donde no se vislumbran abordajes sistemáticos e integrales a este problema, de gran importancia para ese país.

Continúa el esfuerzo del Programa de Control de Calidad en el Diagnóstico Serológico de los Laboratorios Nacionales de Referencia, para lo cual se planifica efectuar en setiembre u octubre de 1996 un nuevo encuentro de los responsables institucionales del proyecto.

Tanto por parte de Argentina, como de Brasil, se registraron nuevas consideraciones respecto al empleo y estrategia del tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas, destacándose la importancia del tratamiento en niños infectados, como estrategia generalizada y con perspectiva de cura definitiva de la infección, para un gran número de casos.

Los países, considerando los avances obtenidos en el control y eliminación de *T. infestans*, así como en el corte de la transmisión transfusional de *T. cruzi*, vislumbran la importancia que la transmisión congénita alcanzará en el futuro próximo, por lo que consideran oportuno el desarrollo de acciones concretas de control de la misma en aquellas áreas con prevalencias mayores al 1% y transmisión vectorial controlada.

Fue estimado como de particular interés, que se establezca la más efectiva y fluida coordinación entre la Iniciativa del Cono Sur (INCOSUR) y el Subgrupo de Salud del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), a los efectos de obtener la mayor eficacia de los mecanismos subregionales de integración, para cumplir con los objetivos de esta Comisión Intergubernamental.

De acuerdo a una aspiración que la Comisión Intergubernamental planteara con anterioridad, se informó que el Índice Bibliográfico 1984-1995 de Enfermedad de Chagas, estará listo a mediados de 1996. El mismo se llevó a cabo con la colaboración de la Biblioteca Regional de Medicina con sede en São Paulo (OPS/BIREME).

Para la próxima Reunión de la Comisión Intergubernamental, se acordó modificar y mejorar los formularios de recolección de datos de los países, ya que existen nuevas y más completas informaciones que ahora están disponibles. Esta tarea se encomendó al grupo encargado de la evaluación del Programa de Chagas de Paraguay.

Se resolvió por unanimidad, que la próxima VI REUNION DE LA COMISION INTERGUBERNAMENTAL DEL CONO SUR PARA LA ELIMINACION DE *T.infestans* Y LA INTERRUPCION DE LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA TRANSFUSIONAL, se realice del 10 al 12 de marzo de 1997, en Santiago de Chile.

IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA IV REUNION DE ASUNCION (22 - 24 de marzo, 1995)⁶

A los paises:

- * 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 paises, 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 paises 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 Secretaria de la Iniciativa.⁷

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.

⁶ Doc. OPS/WHO/HCT/95-57

⁷ Dr. Roberto Salvatella. Representación OPS en Uruguay

* 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 triatómica en el peridomicilio.

* Se recomienda la realización de estudios que relacionen la densidad inicial de triatominos 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 de los últimos ejemplares de *T. infestans*, en los laboratorios de cada área, donde se va cumpliendo el trabajo de control, 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.

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

1. Durante la Asamblea Mundial de la Salud, cumplida en mayo de 1995 en Ginebra, los Ministros de Salud de Argentina, Chile y Uruguay, expusieron sobre los logros alcanzados y las necesidades que confrontan los programas nacionales de control de la enfermedad de Chagas y la Iniciativa del Cono Sur, en este tema.

2. Pese a algunos problemas que se evidenciaron en algunos países con la compra de insecticida o la asignación efectiva del presupuesto aprobado, en los hechos se ha mantenido la prioridad de los Ministerios de Salud hacia los objetivos de la Iniciativa.

3. Fueron cumplidas actividades para detallar los objetivos nacionales en el contexto de la Iniciativa, con participación de la prensa, en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. A estas actividades se suman los informes de OMS a la prensa, concomitantemente con el desarrollo de la Asamblea Mundial.

4. Ha sido limitado el envío a la Secretaría Técnica, de información periodística que en los países se genera en relación a la Iniciativa o la enfermedad de Chagas, en general.
5. En relación a la ejecución de trabajos binacionales en áreas de frontera se destacan los realizados por Brasil (FNS, Coordinación de Río Grande do Sul) y Uruguay (MSP, Programa de Chagas); y los cumplidos entre Argentina y Bolivia.
6. Ha tomado impulso, la adopción de instrumentos de detección dentro de la vigilancia entomológica para la mayoría de los programas: Argentina alcanzará el total desarrollo planificado de su empleo para 1996; Brasil comienza una experiencia con 3.000 sensores en Minas Gerais; Chile inició la colocación de 15.000 sensores; y Uruguay empleó calendarios que actualmente evalúa en su rendimiento.
7. En relación a bancos de sangre y control de la vía transfusional de transmisión de la tripanosomiasis:
 - * Para evitar el subregistro y suplir las deficiencias de cobertura de los sistemas nacionales se ejecutaron las acciones siguientes: para Argentina actividades de expansión dirigidas a una mejor integración del sector privado; Chile mejoró su normativa; Brasil dio continuidad a los trabajos iniciados en 1994, Paraguay propicia la donación voluntaria de sangre; y Uruguay mantiene continuidad del Sistema Nacional de Sangre y su gestión.
 - * En referencia al control de calidad interno y externo en serología de bancos de sangre se registraron actividades en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, con apoyo de la Iniciativa subregional.
 - * Se entendió la importancia de fomentar la coordinación INCOSUR/MERCOSUR para el tema normativo y de control en relación a sangre y hemocomponentes, con el envío de un mensaje de la Comisión Intergubernamental a los Ministerios de Salud, para la inclusión del tema en la agenda de la próxima Reunión del Subgrupo de Salud de MERCOSUR.
8. En el área de investigación, Brasil da prioridad y estimula el desarrollo de técnicas e instrumentos para la detección de infestación triatomínica peridomiliar.
9. Se cumplió por parte de la Secretaría de la Iniciativa, con la edición y amplia distribución del documento INICIATIVA DEL CONO SUR. IV REUNION DE LA COMISION INTERGUBERNAMENTAL PARA LA ELIMINACION DEL T. infestans Y LA INTERRUPCION DE LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA TRANSFUSIONAL (OPS/HPC/HCT/95.57), comprometiéndose para 1996 a abreviar los plazos para la entrega efectiva del documento de la V REUNION.

XI. RECOMENDACIONES DE LA V REUNION

A los países:

- Se recomienda a sus delegados, representantes de los Ministerios de Salud, la necesidad de recordar a los Ministros los logros alcanzados y las necesidades que confrontan los programas nacionales de control de la Enfermedad de Chagas, para que informen sobre estos temas, en sus presentaciones ante la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1996.
- 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 estuches diagnósticos e 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 y
 - 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.
- Se promueva la detección sistemática de la madre infectada por *T. cruzi* y su hijo nacido infectado, recomendándose:
 - a. En áreas con prevalencias mayores del 1% y con transmisión vectorial controlada.
 - b. Seguimiento del niño con dos controles, por serología (cada control integrado por 2 reacciones): uno en el primero y otro en el segundo semestre de vida
 - c. Tratamiento específico del niño que presente reactividad serológica, después de los 6 meses de vida
- Queda establecido que cada país, al preparar el informe anual del Programa incluya su desempeño y lo logrado en cada recomendación del año anterior.

- Que se realicen por lo menos dos reacciones serológicas para el diagnóstico. Estas reacciones pueden ser: ELISA + HAI(hemaglutinación indirecta) o ELISA + IFI(inmunofluorescencia indirecta) o IFI + HAI.
- Que los representantes de los países que constituyen el Tratado del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) mantengan una fluida comunicación con la Secretaría Protempore de INCOSUR, sediada en la Dirección de Cooperación Internacional del Ministerio de Salud Pública de Uruguay.
- Que la Comisión Intergubernamental efectúe asesoramiento técnico a los países que constituyan sus Comisiones Nacionales de Certificación de la Eliminación de la Transmisión.
- Adelantar estudios de campo y de laboratorio sobre susceptibilidad de los vectores a los insecticidas, siguiendo el protocolo común desarrollado en Buenos Aires en noviembre de 1994 y publicado en el ACTA TOXICOLOGICA ARGENTINA (2(1-2):33-58,1994). Los resultados deben informarse anualmente en la Reunión de la Comisión Intergubernamental.
- Que los informes de los países integrantes de la Comisión contengan un análisis detallado, y una fundamentación racional sobre utilización de metodologías de vigilancia y sus resultados.
- Los países mantendrán un registro de las reacciones adversas al uso de las formulaciones de los insecticidas utilizados.
- Cada país establecerá un Servicio de Atención al Donante Chagásico, coordinado con el Laboratorio de Referencia, siguiendo modelos ya establecidos y en funcionamiento en países de la Región.

A los programas de Control Vectorial:

- Reconocer como suficiente la tecnología hoy disponible, para la lucha antivectorial, a los efectos de lograr los objetivos establecidos por la Iniciativa.
- Estimular acciones de lucha antivectorial en áreas de frontera, mediante trabajos binacionales o multinacionales integrados.
- A los efectos de la eliminación del *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 imprescindible el perfeccionamiento de la vigilancia entomológica, con la adopción extensiva de instrumentos de detección (calendarios, biosensores, otros).

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

- Continuar mejorando el sistema nacional de información en relación a los bancos de Sangre, para evitar el subregistro, estableciendo un Programa de Comunicación, entre Servicios de Hemoterapia y los Laboratorios de Referencia de país.
- Que los países implementen los programas de control de las enfermedades transmitidas por transfusión definiendo el denominador necesario para establecer coberturas de tamizaje.
- 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:

- Abordar el desarrollo de técnicas e instrumentos para la detección de infestación triatomínica en el peridomicilio.
- Conservación, en los laboratorios de cada área donde se va cumpliendo las actividades de eliminación, de los últimos ejemplares de *T.infestans* a los efectos del desarrollo de futuros estudios genéticos.
- Realizar investigaciones sobre el desarrollo de procedimientos para disminuir o eliminar la oferta parasitaria intradomiciliaria, en los animales domésticos.
- Realizar investigaciones sobre el valor predictivo del resultado de la serología, como indicador de control, en base a la aparición del nuevo perfil epidemiológico en los Países que presentan prevalencias de la infección, menores al 1%.
- Investigar la incidencia de la transmisión por vía congénita o connatal, en los países que no cuenten con la debida información.

A la Secretaría de la Iniciativa:

- 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.
- Fomentar el intercambio de información generando una base de datos en la Secretaría sobre formulaciones y costos de los insecticidas utilizados.

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

**Porto Alegre, Brasil
11-13 de marzo de 1996**

LISTA DE PARTICIPANTES

MIEMBROS DE LA COMISION INTERGUBERNAMENTAL

ARGENTINA

1. Dra. Elsa Leonor Segura
Instituto Nacional de Chagas "Dr. Mario Fatała Chabén", Ministerio de Salud y
Acción Social
Avenida Paseo Colón N° 568, Buenos Aires
Tel.: (541)342-0215/331-7732/331-4017
Fax: (541)331-7142

BOLIVIA

2. Dr. Abraham Gemio
Programa Chagas. Dirección Nacional de Epidemiología

BRASIL

3. Dr. Antonio Carlos Silveira
Fundación Nacional de Salud, Ministerio de Salud
Esplanada dos Ministerios. Bloco G. Anexo A. Sala 108
70058-900. Brasilia 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 N° 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
Pettirossi 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 N° 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. 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

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

10. Dr. Temístocles Sanchez
Asesor Temporero-Perú
Los Cipreses, 232-San Isidro-Lima 27
Tel.: (51.14)404375
Fax: (51.14)401862

11. Dr. Victor Correa
Ministerio de Salud IV Región - Chile
Av. Fco. Aguirre, 795 La Serena
Tel: (56.2)226019
Fax: (56.2)211597

PARTICIPANTES

Dr. Lucio Flavio C. Nasser
MS/FNS- Brasil, Gerencia Téc. de Chagas
SAS- quadra 04 BI. N, Aia Sur- 70.070.000
Brasília, DF
Tel: (55.61)226-4002
Fax: (55.61)321-1721

Dra. Vera Lucía Correa Rodrigues
SUCEN- SP - Brasil
R. Afonso Pessini, 86 - Mogi Guacu
San Pablo
Tel: (55.19)861-1233
Fax: (55.19)861-5759

Dr. Carlos L. Ortega
Coordinador Nacional INCOSUR - Argentina
Tel: (54.1)383-7821
Fax: (54.1)383-4471

Dra. Sonia B. Blanco
Instituto Fatała Chaben - Argentina
Av. Paeo Colón 568/1063 - Buenos Aires
Tel: (54.1)342-0216
Fax: (54.1)331-7142

Dr. Mario Bernd
FNS-MS-RS Brasil
Tel: (55.51)224-3375
Fax: (55.51)226-2244

Dr. George Kenge Ishihata
Director de DEOPE - FNS - Brasília - Brasil

Dr. João Luiz de Souza Carvalho
CCDTV/FNS - Brasília - Brasil
Tel.: (55.61)314-6384
Fax: (55.61)321-1842

Dr. Márcio Vinhais
Gerencia Técnica de Chagas
CCDTV/FNS - Brasília - Brasil
Tel.: (55.61)315-2176
Fax: (55.61)321-1842

INVITADOS ESPECIALES

Dr. Alejandro Luquetti
Universidad Federal de Goiás
Tel.: (55.62)202-1800
Fax: (55.62)202-1500

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

Dr. Eduardo Z. Cardenas
Director General de Salud de las Personas. Perú
Ministerio de Salud
Tel.: (51.14)431-5824
Fax: (51.14)431-5824

* No pudo asistir

OBSERVADORES

Maida Cristina Knorr
Secretaría de Salud
Jaguarão. Rio Grande del Sur.
Brasil
Tel.: (55.532)611999
Fax: (55.532)611922

Luiz Fernando Q. Gonçalves
Secretaría de Salud
Livramento. Rio Grande del Sur.
Brasil
Tel.: (55.55)2423500
Fax: (55.55)2423500

Dr. Juan Carlos Sian
Director
Centro de Salud de Rivera
Rivera. Uruguay.
Tel.: (598.622)5807
Fax: (598.622)4101

Leingrid Mussini
Supervisora
Centros Atención Periférica
Rivera. Uruguay.
Tel.: (598.622)2245
Fax: (598.622)4101

Dra. Hilda Cáceres
Sub Directora Técnica
Hospital de Rivera
Rivera. Uruguay.
Tel.: (598.622)6988
Fax: (598.622)4101

Airoldi L. Bonetti Jr.
Secretaria de Salud
Uruguiana. Río Grande del Sur.
Brasil
Tel.: (55.55)4121558
Fax: (55.55)4121558

Mario Brito Oliveira
FNS/RS. Laboratorio ASP
Santa Maria. Río Grande del Sur.
Brasil
Tel.: (55.55)2212769
Fax: (55.55)2212769

Fernando B. Ferreira
FNS/RS. Inspector.
Santa Rosa. Río Grande del Sur.
Brasil
Tel.: (55.55)5124460
Fax: (55.55)5124450

Solange Silva
FNS/RS. Técnico laboratorista.
Santa Rosa. Río Grande del Sur.
Brasil
Tel.: (55.55)5124460
Fax: (55.55)5124450

Ing. Agr. Paulo R. Sackis
FNS/RS. Santa Rosa.
Río Grande del Sur.
Brasil
Tel.: (55.55)5124460
Fax: (55.55)5124450

Demarino Rosalino
FNS/RS. Jefe de Distrito.
Santa Maria. Río Grande del Sur.
Brasil.
Tel.: (55.55)2212769
Fax: (55.55)2212769

Luiz Antônio O. Ilha
FNS/RS. Santa Maria.
Río Grande del Sur.
Brasil.
Tel.: (55.55)2212769
Fax: (55.55)2212769

Dra. Célia Lammerhirt
FNS/RS. Porto Alegre.
Río Grande del Sur.
Brasil.
Tel.: (55.55)2253202
Fax: (55.55)2262244

Dra. Izabel Michelin Nunes
FNS/RS. Jefe.
Servicio de Epidemiologia
Porto Alegre. Río Grande del Sur.
Brasil.
Tel.: (55.55)2253202
Fax: (55.55)2262244

Elizabete Cuty Abella
Secretaría de Salud
Quaraí. Río Grande del Sur.
Brasil
Tel.: (55.55)4231479
Fax: (55.55)4231479

SECRETARIADO

Dr. José Fiusa Lima
Representante OPS/OMS en Paraguay
Mariscal López Nº 957 casi Estados Unidos, Edif. Faro del Río
Tel.: (595-21)450-495/7
Fax: (595-21)450-498

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

Dr. Roberto Salvatella Agrelo
Representación OPS/OMS-Uruguay
Avenida Brasil Nº 2697, Piso 2, Montevideo
Tel.: (598.2)773590
Fax: (598.2)773530

Dr. Jorge Arias
Representación OPS/OMS-Brasil
SEN Lote 19 70.800-400, Brasilia
Tel.: (55.61)312-6518
Fax: (55.61)321-1922