

IVc. Conclusiones del taller sobre "Avances y perspectivas en el control de la Enfermedad de Chagas en las Américas"

El Dr. Antonio Carlos Silveira realizó la presentación de las Conclusiones del Taller "Avances y perspectivas en el control de la enfermedad de Chagas en las Américas", realizada el pasado 27 de octubre del año 2000, en el marco de la Reunión Anual de Investigación Aplicada en Enfermedad de Chagas, que se realiza en la ciudad de Uberaba, Minas Gerais. La ponencia completa se puede consultar en el Anexo 2 de esta publicación.

IVd. Alternativas metodológicas y organizativas para la vigilancia epidemiológica de la Enfermedad de Chagas. Lineamientos de un plan de acción para la continuidad de acciones

El Dr. Joao Carlos Pinto Dias, Fundación Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Brasil, indicó que ahora más que nunca se requiere una buena vigilancia epidemiológica para consolidar los logros alcanzados en el Cono Sur y prevenir posibles reinfestaciones. En términos logísticos e históricos, los esquemas "nacionales", con verticalidad y manejo central han operado principalmente en las etapas iniciales de los programas, o sea, los "barridos" nacionales.

Operativamente, los modelos de vigilancia se basan fundamentalmente en la detección, estudio y eliminación de focos triatomínicos, en paralelo con el monitoreo de los índices de infección humana, por encuestas serológicas programadas. Es consenso que no hay grandes problemas técnicos para estas tareas. También se sabe que los costos de la vigilancia son sensiblemente más bajos que los del sistema de "ataque". Administrativa y políticamente, la vigilancia presupone esquemas horizontales, con amplia participación comunitaria, cuyos principales problemas residen en el mantenimiento del interés y en la continuidad de los trabajos. Idealmente, las acciones periféricas tienden a realizarse en los municipios, centradas en los sistemas locales de salud y con articulaciones regionales para supervisión, capacitación y consolidación epidemiológica. Los actores locales son principalmente, la propia población y los sistemas municipales de salud y educación.

El escenario temporal prevé un periodo de entre 10 y 20 años de vigilancia continuada en la mayoría de las regiones endémicas del Cono Sur, a partir de los datos conocidos. Los desafíos básicos para la continuidad y sostenibilidad de la vigilancia es concentrarse en dos temas: a) El mantenimiento del interés y de la demanda social, en situaciones de baja densidad de los vectores y de la enfermedad, y b) La institucionalización de un programa, con la garantía de que las acciones se realicen en todo el área endémica con un mínimo de calidad. Sobre el primer punto, además de la búsqueda de creatividad frente a la población, a los administradores y políticos, el trabajo prevé la progresiva incorporación de nuevos actores en la comunidad, gubernamentales y no gubernamentales. Tanto los temas de información como los de

sensibilización de las comunidades deben ser tratados por educadores y profesionales de la información de manera científica y continuada, llevando en cuenta las características locales y regionales de la enfermedad y de la población. Ya sobre el programa en si mismo, es cada vez más clara la necesidad de mantenerlo a través de un equipo central fuerte (puede ser transdisciplinario) y equipos regionales en número y con movilidad suficientes para garantizar la supervisión regular, la capacitación de recursos humanos y la consolidación de un sistema de información articulado en cada municipio endémico. Todo esto debe estar vinculado a los sistemas nacionales y regionales de salud.

En relacion a este tema el Dr. Antonio Carlos Silveira, Brasil, remarco que el concepto fundamental de la vigilancia epidemiológica (VE), es el de información para la acción, definiendo a la misma como "un conjunto de actividades que genera información para el monitoreo de determinada enfermedad, o acontecimiento, en la perspectiva de su control". Atributos de tal información son: cantidad (suficiente y desagregada) y calidad (específica y oportuna).

En referencia a la VE en enfermedad de Chagas en lo referente a casos clínicos, se puede dividir en:

- a. Conocimiento de caso agudo: este hecho cuando es posible es tardío, representando su detección el establecimiento activo de la transmisión.
- b. Conocimiento de caso crónico: este hecho desde el punto de vista de la transmisión y su control no interesa, por corresponder a una situación pasada y remota.

Por tanto, el conocimiento del caso clínico de Chagas, sólo importa en situaciones particulares:

- en un área de transmisión no conocida;
- en estudios retrospectivos de valor histórico;
- en encuestas epidemiológicas; o
- en la prevención de segundo nivel, limitando daño y favoreciendo la recuperación del propio caso notificado.

Así la información para la VE de la enfermedad de Chagas debe necesariamente ser sobre factores de riesgo (previos al daño), porque el conocimiento de daño siempre es tardío.

La información debe concentrarse sobre el vector y el conocimiento de la colonización domiciliar por el vector, considerándolos como los factores de riesgo que hasta el momento vienen siendo tradicionalmente monitoreados. Esto se justifica por ser el vector: uno de los elementos de la cadena de transmisión, la fuente más inmediata de infección humana, el objetivo del control, y especialmente por ser fácilmente identificable, vivir en el domicilio, tener poca movilidad y un tamaño que facilita su observación.

La VE en enfermedad de Chagas depende fundamentalmente de la vigilancia

del vector (como en ninguna otra enfermedad metaxénica), esto supone una gran ventaja ya que puede ser proactiva, existiendo en contrapartida una gran desventaja, es difícilmente asociable a otras vigilancias. Tal dificultad deriva de ser primordialmente una vigilancia entomológica. Esta vigilancia implica una acción aislada, operacionalmente compleja y poco sostenible en el tiempo ya que hay bajo nivel de transmisión y poca visibilidad clínica y de ahí un descenso de su prioridad, Este proceso resulta aun más dificultoso cuando se convive con un proceso de descentralización, donde la autoridad local podría decidir a que la vigilancia se dedique a problemas de mayor visibilidad e inmediatez.

Las **alternativas metodológicas** se concentran en:

a. *Definición de diferentes grados de riesgo para diferentes áreas, en los niveles de municipios o localidades, con base en las variables siguientes:*

- físicas o biológicas: persistencia de la infestación domiciliar, localización geográfica, presencia o ausencia de especies silvestres.
- ocio-económicas: tipo predominante de habitación, tipo de organización espacial y extensión del peridomicilio, grado de antropización del ambiente natural y actividad económica de la población.
- culturales: hábitos y prácticas de la población.

b. *Ajuste de las operaciones con base en la categorización de las áreas de riesgo, considerando de*

inicio: 1) en la presencia detectable del vector, lo que supone intervención química o ambiental mantenida con presencia institucional permanente y obligatoria, y 2) en presencia no detectable del vector, la definición de frecuencia y extensión de la vigilancia con base en los factores de riesgo de reinfestación domiciliar.

Las actividades, de acuerdo a supuestos básicos a ser preservados, son:

- vigilancia que debe ser continua y permanente; y
- vigilancia que debe disponer de instrumentos de evaluación periódica de cobertura y eficacia.

La necesidad de continuidad de las acciones se debe a que las posibilidades de detección del vector son mayores cuanto mayor es la cuantía del tiempo de observación. Por ello, es la población residente en el área bajo vigilancia, quien puede más oportunamente conocer la reinfestación o repoblamiento por el vector.

c. *Efectores*

La participación de la población, para que resulte correcta, depende de:

- el interés en informar;
- que el conocimiento del vector sea suficiente para ser el mismo reconocido;
- referencias claras de a quien informar y de quien esperar una respuesta; y
- la capacidad de respuesta existente.

La participación institucional necesita:

- acción institucional de servicios locales de salud, y debe ser permanente asegurando condiciones exigidas por la población; y
- ser indelegable y no transferible como responsabilidad.

Todo lo cual remite a dar garantías de eficacia, por medio de acciones periódicas de evaluación de la calidad de la propia vigilancia.

En síntesis, los aspectos organizativos y estratégicos de la VE en enfermedad de Chagas suponen como acción descentralizada:

- identificación y pleno aprovechamiento de los recursos locales;
- suficiente capacitación técnica e instrumentalización de los niveles locales;
- reconocimiento de prioridad por la autoridad local; y
- permanencia de instancias centrales de coordinación, con reserva operativa.

Esto presupone la necesidad de garantizar a los niveles locales y centrales el desarrollo de instrumentos de financiación y capacitación acorde a las necesidades, y el desarrollo de actividades proporcionales al riesgo.