

Vigilancia entomológica y epidemiológica de Chagas en el Cono Sur: Diversidad de opciones para los diferentes estados de avance en la Subregión

Dr. Joao Carlos Pinto Dias (FIOCRUZ, Brasil)

Concepto y funciones: Modernamente se entiende la Vigilancia Epidemiológica (VE) como

“Conjunto de acciones que proporciona el conocimiento, la detección o la prevención de cualquier cambio en los factores determinantes y condicionantes de la salud individual o colectiva, con la finalidad de recomendar y adoptar las medidas de prevención y control de las enfermedades u agravios”.

Operativamente, sus principales funciones son la cosecha de datos, el procesamiento de los datos recolectados, el análisis y interpretación de los datos procesados, la recomendación de las medidas de control apropiadas, la promoción de las acciones de control indicadas, la evaluación de la eficacia y efectividad de las medidas adoptadas y la divulgación de las informaciones pertinentes.

Principios operativos de la VE: Son la integralidad preventivo-asistencial de las acciones de salud, la descentralización de responsabilidades y funciones y la concepción sistémica. La VE asume prioridad en el fortalecimiento de sistemas municipales de VE, cuando dotados de autonomía técnica y gerencial para enfocar los problemas de salud propios de sus áreas de abarrogancia. Nótese que el nivel local, más allá de la simple instancia de cosecha de datos y su transmisión a otros niveles, asume la VE como acción integral, así como estrategia principal de institucionalización.

Para una VE consecuente, tres presupuestos de naturaleza político-administrativa y operativa se imponen:

- Un estado mínimo de Democracia (concepto de Paulo Freire)
- Un proceso de Educación Libertadora
- Un mínimo de organicidad institucional

Para efectos de referencia, es útil señalar los principales presupuestos de la reforma sanitaria que se viene plasmando en América Latina:

- *Equidad:* Prioridad a los mas pobres y aislados. Provisión del Estado y rol de redistribución. Evitar partidismo y manejo de intereses particulares. *Universalidad:* Contemplar a todos. Continuidad. Fortalecer todos los sectores del sistema de VE.
- *Línea de acción/información:* Descentralizada.
- *Dirección única:* Establecer la precedencia de las actividades finalísticas en la periferia (municipios).
- *Control social:* Orgánico, permanente en los consejos, conferencias, asesores internos y externos, incluyendo aspectos técnicos y financieros
- *Financiación:* Transparencia; Provisión en escala; Ayuda internacional; Control social.

Considerando específicamente la VE frente a la *enfermedad de Chagas*, algunas características epidemiológicas se presentan muy claramente y deben ser llevados en cuenta:

- La ECh presenta ciclos distintos e inter-ligados, con perspectivas de perpetuación, generando demanda de *atención permanente*;
- Las relaciones de costo-efectividad presuponen adecuación de formas de lucha para cada situación;
- La VE *se justifica operativamente en todas las etapas clásicas de los programas* de lucha anti-chagásica;
- Las formas de vigilancia activa de los equipos gubernamentales se justifican en varias situaciones, pudiendo complementar o ser complementados por sistemas de VE pasiva;
- Los esquemas de actuación por niveles gubernamentales priorizan las ejecuciones descentralizadas, bajo coordinación y articulación de niveles nacionales y regionales. Sin embargo, situaciones específicas justifican acciones ejecutivas de los tres niveles (poblaciones aborígenes, fronteras, epidemias, insuficiencias).

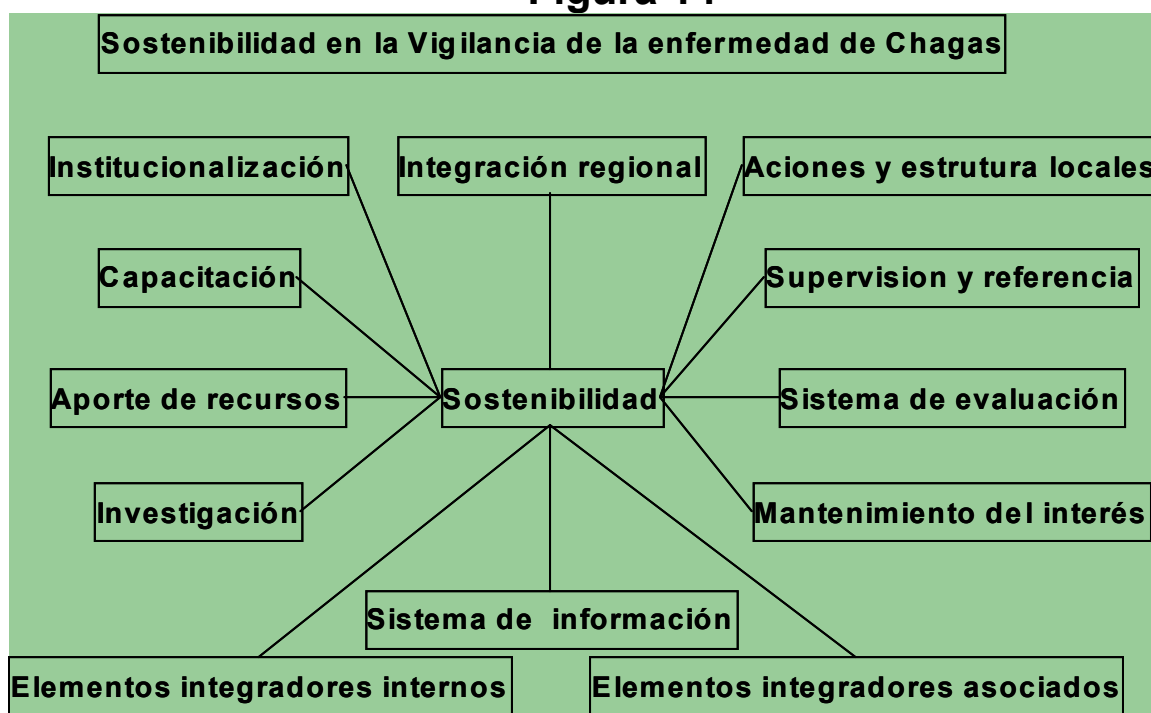
En términos de su realidad, la ECh caracterizase por su lógica rural (transmisión vectorial) y peri-urbana, con un contexto urbano para las cuestiones de transmisión transfusional y atención médica. En las zonas endémicas la Educación y Seguridad Social son débiles y desarticuladas, así como la demanda producida por la enfermedad (social y política). Los elementos más concretos y perceptibles de la enfermedad son el vector y la cardiopatía crónica, mientras que los problemas más y trascendentes son la densidad del vector (especialmente en el domicilio) y los elementos de acceso y cobertura de atención médica. La ECh presenta pequeña expresión en términos institucionales, políticos, universitarios y de mercado, caracterizando crónicamente una situación de carencia de información y articulación

Los siguientes elementos y principios son necesarios para implementar y sostener una vigilancia efectiva contra la ECh, muchas veces asomando unas u otras características operativas particulares que hacen diferencias entre los países o regiones.

- Contemplar todos los niveles de prevención/atención;
- Operar en el contexto de la Reforma Sanitaria de cada país, a veces ayudando a estimularla;
- Partir de los niveles centrales para las comunidades y las estructuras pertinentes (raramente al revés);
- Vincular esta VE a los intereses y demandas reales (población y epidemiología);

- Son esenciales la articulación y la integración entre todos os niveles de gobierno y instituciones comunales pertinentes, bajo un comando central, con homogeneidad de criterios y supervisiones regulares;
- En la práctica, algunos elementos mas concretos son comunes para la VE/ECh con sus respectivos blancos, como en los ejemplos abajo:
 - *Vector* = Vigilancia (ataque), vivienda, educación;
 - *Transfusión*: Sistema de Salud y derivación +;
 - *Atención*: Diagnóstico precoz y flujo de atención;
 - *Epidemiología*: Información participada y actualizada;
 - *Político-operativo*: garantizar la continuidad y la prioridad. Desde que las claves para una VE efectiva siempre se consideran el grado de cobertura y su continuidad/sostenibilidad (presupuestos clásicos de Emmanuel Dias), el siguiente esquema ayuda en la percepción de los principales elementos involucrados, con sus más visibles interrelaciones:

Figura 14



Bajando un poco más al concreto y considerando los tres niveles básicos de acción gubernamental, de manera sencilla puede observar las características y pertinencias de las principales estrategias y acciones de la VE/ECh, que también pueden caracterizar diferencias y particularidades de actuación en cada país o región:

- *Nivel Municipal*: Ejecución de acciones sobre los focos de vectores, donantes, casos (agudos y crónicos) y mapeos. Puede serología y atención secundaria. Tiene autonomía para definir sus propias actividades y

prioridades. Puede ser municipio-referencia. En Brasil, 10% de la financiación. Programas de vivienda;

- *Nivel Estadual/Provincial*: Básicamente coordinación regional de acciones y epidemiología. Referencias laboratoriales, clínicas y epidemiológicas, con roles de supervisión y capacitación. Cerca de 20% de la financiación (pactada en las comisiones “bipartites”¹). Puede acciones supletivas;
- *Nivel Nacional*: Básicamente formuladora de políticas y referencia técnica. Relaciones internacionales, acciones y consolidadora epidemiológica. 70% financiación (tripartite). Programas nacionales de vivienda. Interacción internacional y interministerial (especialmente vivienda y educación)

Considerando más específicamente la VE/ECh frente a los presupuestos arriba, se deben aclarar lo más posible los roles de cada nivel de actuación, con sus requerimientos específicos, especialmente en los siguientes elementos:

- Recursos humanos capacitados en los tres niveles de gobierno/actuación. **Dos palabras clave: capacitación y supervisión.**
- Programa nacional fuerte, motivador, supervisor, capacitado a la formulación de políticas y estrategias. Suministro de insumos básicos em escala. Manejo/orientación de la investigación.
- Núcleo provincial también fuerte, ágil, capacitado a la supervisión y consolidación epidemiológica en términos de lucha antivenozoa y transfusional, doptado de referencia y laboratorio;
- Nivel local actuante. Especial atención al *feedback* y motivación comunitaria (educación continuada). Acciones finalísticas de epidemiología, rociamento, calidad de la sangre y atención al infectado. Atención al congénito y tratamiento específico en la Red Básica de Salud.
- **Atención:** Nunca crear expectativas para la población sin condiciones de respuesta especialmente en los niveles políticos y poblacionales.

Hoy día se pueden entender una serie de perspectivas de acción/institucionalización de esta VE, sin jamás olvidar que pueden y deben involucrarse elementos y interacciones inter y transectoriales (sectores de seguridad social, educación, etc.). Un esquema simple podría ser, para cada elemento clave de la VE: *Programas Institucionales*

- Estructuras verticales
- Atención primaria de salud
- Agentes comunitarios de salud;
- Programas de salud de la familia
- Consortios intermunicipales de salud
- Comisiones gestoras y técnicas

2. *Instituciones y Sistemas*

- Consejos de Salud
- Conferencias de Salud
- Educación formal y informal

¹ Comisiones Bipartites: En el Brasil son comisiones permanentes designadas por los departamentos estadual (provincial) y municipales de salud que periódicamente (mensual, quincenalmente) se reúnen para presentar y discutir los problemas de salud de la región, incluyendo cuestiones técnicas, epidemiológicas, político-administrativas y de financiación. Al nivel nacional hay una *Comisión Tripartite* que es similar y incluye representaciones nacional, estadual y municipales, con finalidades similares.

–Policía, ejército, sistemas de saneamiento y habitación

3. *Iglesias y ONGs*

4. *Prensa en general*

Así mismo, discriminándose por las distintas realidades ecológicas, epidemiológicas y institucionales de la ECh y su control en INCOSUR, las variaciones y posibilidades más concretas de la VE podrían resumirse como en seguida:

1. Áreas abiertas con control avanzado y especie una: reforzar la vigilancia, focalizar y eliminar. VE sobre especies secundarias (colonización, tendencias, peridomicilio). Utilizar el sistema de salud. Emplear PITs² bajo supervisión;
2. Áreas abiertas con especies nativas: VE para mantener baja densidad y impedir colonización;
3. Para áreas abiertas de muy baja densidad vectorial: VE activa en períodos más largos y sistema institucional por grupos de municipios, con referencia en uno de ellos y supervisión periódica;
4. Para áreas abiertas en ataque: instalar de inmediato la VE como estrategia de consolidación y perspectivas de mantenimiento;
5. Áreas cerradas: "VE sobre el "caso". Monitoreo periódico de infestación;
6. **Nota:** Atención para los cambios ecológicos y sociales y las migraciones internas, que suelen ocurrir en toda Latino América.

A su vez, considerando los blancos más visibles de la VE/Ch. en Incosur, los elementos epidemiológicos prioritarios son, para INCOSUR:

- ***T. infestans* blanco básico:** Residuos focalizados en baja densidad.
- Fundamentalmente en intradomicilio, con tendencias al peridomicilio.
- ***Elemento central:*** Detección y eliminación focal del vector.
- Generación de investigación concurrente.
- ***Puntos claves en la operación:*** Capacidad de detección y pronta respuesta operativa.
- ***Indicadores básicos:*** Infestación y prevalencia (incidencia).
- Riesgos y posibilidades de especies secundarias.
- Posibilidades de regresión silvestre y resistencia a insecticidas.
- ***Acción complementaria fundamental:*** Educación para la participación en los niveles protagónicos pertinentes.
- ***Acción complementaria accesorio:*** Manejo, mejoramiento y higiene de la habitación y del peridomicilio.

Una mirada en las estrategias de VE que vienen siendo empleadas en los Países de la Región y Venezuela puede servir para verificar el gran potencial de creación y diversidad de los contextos regionales. El Cuadro 44, abajo, enseña algunas de estas diferencias, llamando la atención que—al final—todos los Países persiguen los elementos de efectividad y continuidad, utilizando las herramientas y

² PIT: Puesto de Información de Triatominos (similar a PIV, V=vinchuca).

estrategias más apropiadas a sus realidades políticas, operativas y epidemiológicas.

Cuadro 44

Algunas estrategias prioritarias de VE/ECh empleadas en INCOSUR		
<i>Estrategia</i>	<i>País (es)</i>	<i>Observaciones</i>
Escuelas (y alumnos)	Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Paraguay, Uruguay	Detección, notificación, eivulgación (PITs)
Agentes de salud (PHC)	Argentina, Chile	Detección, educación, fumigación, atención PS
Líderes comunitarios	Argentina, Bolivia, Brasil, Paraguay	Detección (fumigación), divulgación
Soldados y Policías	Bolivia, Uruguay.	Detección, divulgación, fumigación
Iglesias etnias y ONGs	Bolivia, Paraguay	Divulgación, habitación
PITS/PIVS	Bolivia, Brasil	Coordinación, recepción, fumigación
Consejos y conferencias	Bolivia, Brasil	Divulgación, planeamiento
Sensores pasivos + APC	Argentina	Detección
Ivestigación. operativa	Argentina, Bolivia, Brasil, Paraguay	Detección, modelos operativos, químico y manejo
Ivestigación Educativa y Política	Bolivia, Brasil, (Paraguay, Argentina, Chile, Venezuela)	Modelos administrativos, prioridades

Para finalizar, algunas proposiciones o ideas para discusión entre los Países pueden ser lanzadas como ejercicio para trabajo integrado u investigación. No hay duda que la VE constituye el futuro inmediato de los programas de control de la ECh de varios países, que deben considerarla como prioridad y campo de mejoramiento constante. Algunas de estas ideas podrían ser:

- *Reforzar la cientificidad de la Vep/ECh:* Investigación operativa + sistemas de información.
- Perfeccionar el proceso de revisión (todos los niveles bimestral-anual).
- Prioridad total a la supervisión directa.
- Incentivar contactos y talleres regionales.
- Profundizar la participación de Educación y APS.
- Contextualizar los marcos de la reforma sanitaria.
- Llevar al cabo un seminario de la Iniciativa, con amplia participación, conferencias multidisciplinarias, talleres de planeamiento, presentación de sistemas y experiencias operativas y educacionales. Considerase—finalmente—que la presente reflexión es preliminar y tiene carácter estimulador, como base para un seguimiento indispensable y urgente. Como últimas

consideraciones, hay que mirar responsablemente para el gran escenario continental en donde la ECh se instala como problema y desafío. Frente a ella, las ponencias pueden ser antagónicas:

- A) Se puede ser pesimista y reconocer realísticamente que estamos en un proceso sin vuelta para el deterioro de los PCDCh y que en breve se van a perder las capacidades y competencias de los programas nacionales. Con esto, la VE/ECh tiende a desaparecer o permanecer desagregada y precariamente funcionando en subregiones o municipios aislados. Este escenario tendrá mayores posibilidades si la reforma sanitaria no se concretar en la presente década;
- B) Por otro lado se puede caminar para el optimismo, si las mínimas condiciones y un proceso consecuentemente construido alcanzan la viabilidad de las acciones de VE en el contexto de la reforma sanitaria, contribuyendo para la eliminación de la enfermedad y para la consolidación de esta reforma. Puede también contribuir para el crecimiento político de la Región.

Para los dos casos, todo indica que los próximos 4 o 5 años serán decisivos y dependerán no solamente del contexto político social de nuestros países, como también del esfuerzo y competencia de muchos que estamos aquí. Por consecuencia, hay que recordar que de los avances y ejemplos de la INCOSUR pueden depender los logros y fracasos de las otras Iniciativas.

Bibliografía base

- Dias JCP, 1991. Chagas Disease Control in Brazil. Which strategy after the attack phase? *Ann. Soc. Belge Med. Trop.* 71 (Supp. 1): 75-86
- OPS/OMS, 2001. *Grupo De trabajo OPS para consulta en planificación operativa estrategia y evaluación de etapas avanzadas del control antivectorial en enfermedad de Chagas.* Montevideo-Washington, Doc. OPS/HCP/HCT/194/01, 74 p.
- Schmunis GA & Dias JCP, 2000. La reforma del sector salud, descentralización, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores. *Cad. Saúde Públ.* 16 (supl. 2): 117-123.
- WHO, 2002. *Control of Chagas Disease. Second report of the WHO Expert Committee.* Geneva. *WHO Tech. Rep. Series* 905, 109 p.