

1. Programa Nacional de Prevención y Control de Chagas de Colombia

1.1 Fase Exploratoria

Desde el año 1997 el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud han trabajado en cooperación con tres centros de investigación nacionales: el Centro de Investigación en Microbiología y Parasitología Tropical (CIMPAT) de la Universidad de los Andes, el Centro de Investigación en Enfermedades Tropicales (CINTROP) de la Universidad Industrial de Santander y el Instituto Colombiano de Medicina Tropical (ICMT) de Medellín, desarrollando la fase exploratoria del Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas (PNPCECh).

Al término del año 2000, los hallazgos de la fase exploratoria han permitido estratificar los municipios de 15 departamentos considerados en riesgo, de acuerdo al riesgo de transmisión vectorial de la infección por el *T. cruzi* (Cuadro 31).

Cuadro 31

Número de municipios y viviendas según el riesgo de transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas

Departamento	Municipios	Viviendas
Boyacá	36	36.447
Casanare	13	16.109
Arauca	5	19.008
N. Santander	9	16.435
Santander	46	47.638
Cundinamarca	11	29.591
Tolima	4	10.181
Meta	3	3.110
Total	127	175.819

1.2 Fase de Intervención

1.2.1 Directrices técnicas

Con el apoyo de la OPS/OMS, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud organizaron en mayo de 2000 una reunión para diseñar una metodología única para el desarrollo de la fase de intervención del PNPCECh. Con el apoyo de OPS los coordinadores de control de vectores de los departamentos endémicos y personal de los centros de investigación elaboraron un documento técnico con la metodología para desarrollar las acciones de control y vigilancia entomológica a partir de los resultados de la fase exploratoria. Se acordó la implementación de la metodología durante el año 2000 como experiencia piloto en 2 municipios, por cada uno de los 6 departamentos endémicos, para su revisión y adecuación en el primer semestre de 2001.

1.2.2 Mejoramiento de Vivienda

Se adelantó una gestión para incluir el riesgo de transmisión de la enfermedad de Chagas entre los criterios para la adjudicación de recursos nacionales para el mejoramiento de la vivienda rural. De igual forma, con base en la experiencia acumulada durante los proyectos de mejoramiento de 510 viviendas rurales desarrollados entre 1997 – 1998 en seis municipios del departamento de Santander por iniciativa del CINTROP de la Universidad Industrial de Santander, se diseñó un proyecto, que durante la vigencia del 2000 no pudo ser ejecutado, para que los planes de mejoramiento de vivienda rural en los municipios contemplen los aspectos arquitectónicos y del manejo del medio necesarios para impactar con dichas intervenciones la transmisión de la enfermedad de Chagas, optimizando así los nuevos recursos que el Estado está destinando al mejoramiento de la vivienda en el campo.

1.2.3 Gestión de recursos financieros

Desde el año 1999 se elaboró un proyecto, que se ha actualizado en dos oportunidades ante el Departamento Nacional de Planeación para destinar recursos por aproximadamente 12 millones de dólares destinados a desarrollar la fase de intervención del PNPCECh durante 4 años. El proyecto contempla la financiación de actividades de rociado con insecticidas de acción residual en aproximadamente 300.000 viviendas, el apoyo al diseño de proyectos de mejoramiento de vivienda en 30.000, la capacitación a personal operativo de los municipios, educación a maestros y líderes comunitarios, asistencia técnica a los grupos de control de vectores de los departamentos y apoyo a la determinación de líneas de base serológicas para la futura evaluación del impacto del programa.

1.2.4 Acciones de prevención y control realizadas 1996 – 2000

A raíz del proceso de descentralización, las acciones de vigilancia y control de vectores de interés en salud pública son competencia de los departamentos en el marco de los Planes de Atención Básica. La Nación transfiere los recursos para financiar el pago de nómina, desplazamientos y funcionamiento de las estructuras descentralizadas. Dichos recursos son insuficientes para algunos departamentos, entre los cuales se encuentran algunos de los departamentos que tienen la enfermedad de Chagas como la principal enfermedad transmitida por vectores. Esto es debido a que el diseño de la planeación de las estructuras descentralizadas obedeció especialmente a la problemática de malaria.

Durante los últimos años, el Ministerio de Salud ha tenido grandes limitaciones para garantizar un adecuado suministro de insumos para el control de vectores de interés en salud pública a los departamentos y para desarrollar un Plan continuado de asistencia técnica y apoyo al fortalecimiento institucional, que el proceso de descentralización está demandando. A nivel Nacional, el equipo técnico del Ministerio se ha ido reduciendo, hasta el punto de contar actualmente sólo con dos funcionarios

para atender en todo el país las competencias del Ministerio de Salud con relación al control de los vectores de malaria, dengue, leishmaniasis, enfermedad de Chagas y fiebre amarilla.

Esta situación es crítica, en un momento coyuntural en el que la situación de las enfermedades transmitidas por vectores, está demandando el diseño y adopción de alternativas y estrategias novedosas, la tecnificación en la toma de decisiones, y la vinculación con otros sectores, todo lo cual exige mayor capacidad técnica y gerencial en los niveles territoriales y locales la que debe desarrollarse mediante procesos direccionados por el nivel Nacional.

En medio de este panorama, los grupos de control de vectores de los departamentos, con base en los recursos disponibles, han venido desarrollando en los últimos años intervenciones de control que por la situación descrita y por los múltiples problemas de orden público en la zona rural, no han tenido la cobertura, la continuidad y el rigor metodológico deseado. En los cuadros 32 y 33 se presentan las coberturas de las acciones de rociado de viviendas realizadas en los últimos cinco años.

Cuadro 32

Rociado de viviendas con insecticidas de acción residual (1996-2000)

Departamento	Viviendas intervenidas mediante rociado de insecticidas					
	1996	1997	1998	1999	2000	Total*
Boyacá	0	0	0	0	2.053	2.053
Casanare	1.294	1.874	1.606	1.523	2.565	8.862
Arauca		2.981	3.197	3.986	4.167	14.331
N. Santander			589	277	0	866
Santander			6.294	0	1.397	7.691
Cundinamarca	823	1.523	0	0	0	2.346
Total	2.117	6.378	11.686	5.786	10.182	36.149

*Total de rociamientos realizados en los cinco años

Cuadro 33

Cobertura de acciones de rociado residual según las viviendas en municipios de alto riesgo

Departamento	Viviendas en alto riesgo	Viviendas rociadas*	Cobertura (%)
Boyacá	36.447	2.053	5,6
Casanare	16.109	8.600	53,3
Arauca	19.008	12.068	63,4
N. Santander	16.435	829	5,04
Santander	47.638	4.843	10,2
Cundinamarca	29.591	1.515	5,1
Tolima	10.181	-	-
Meta	3.110	-	-
Total	178.519	29.908	16,7

*Total de rociamientos realizados entre 1996 y 2000

Hasta el momento se han realizado acciones de control en 36.149 viviendas (algunas pertenecientes a municipios de mediano riesgo). De las 178.519 viviendas rurales de los municipios considerados de alto riesgo, se han intervenido en los últimos cinco años 29.908, lo que corresponde a 16,7%. Los departamentos que han realizado más acciones de control alcanzando mayores coberturas son Casanare y Arauca. Debe destacarse que hay un gran número de municipios de los departamentos de Boyacá, Casanare, Santander y Norte de Santander donde aún no se han iniciado acciones regulares de control. Se considera, sin embargo, que algunas de estas regiones se han beneficiado históricamente de las acciones de control de malaria.

Llama la atención los hallazgos de la Secretaria de Salud del Casanare con relación a la frecuente reinfestación de viviendas por triatominos en municipios que han sido objeto de acciones de rociado con insecticidas de acción residual. En concordancia con las prioridades planteadas por la OMS/OPS para región, es de fundamental importancia para el programa de control en Colombia profundizar sobre el conocimiento de estos procesos de reinfestación.

1.3 Caracterización de la enfermedad de Chagas en fase crónica

Durante el año 2000 el Ministerio de Salud financió la realización de tres estudios de morbilidad realizados por los centros de investigación que desarrollaron la fase exploratoria (CIMPAT, CINTROP y el Instituto Colombiano de Medicina Tropical).

Con el objetivo de conocer la frecuencia y la gravedad de la cardiopatía en poblaciones de individuos chagásicos no seleccionados se realizó un estudio

electrocardiográfico en individuos adultos de municipios endémicos de los departamentos de Boyacá y Santander y entre habitantes de comunidades indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta. Las cifras de seroprevalencia encontrada y la frecuencia de alteraciones electrocardiográficas se presentan en el cuadro 34.

Cuadro 34

Hallazgos de estudios de morbilidad de la enfermedad de Chagas en fase crónica

Estudio	Región	Seropositividad		EKG alterados	
		No	%	No	%
Minsalud - CIMPAT- Clin. Shaio	Boyacá	405	19,4	98	47,8
Minsalud - ICMT - Fund. Sta. Maria	Magdalena	232	47,0	41	27,3
Minsalud -CINTROP - Fund. Cardio.	Santander	175	44,7	98	25,0

Se espera que los resultados de estos estudios sirvan para planificar la prestación de los servicios de salud para que el sistema ofrezca en las regiones endémicas para la enfermedad de Chagas el tipo y el nivel de atención necesario para mejorar la sobrevida y la calidad de vida del paciente chagásico.

1.4 Tratamiento Etiológico de Niños en Fase Crónica

En el año 1999 se realizó en la Universidad de los Andes en Bogotá una reunión con expertos nacionales e internacionales para definir directrices para el diagnóstico, manejo y tratamiento de la enfermedad de Chagas. Se adoptó la conducta propuesta por otros países sobre la indicación de tratamiento etiológico en niños crónicamente infectados y se inició una gestión para legalizar la comercialización y distribución del Benzonidazole^R en el país. A raíz de dicha gestión, en noviembre de 2000 el producto tiene registro sanitario en Colombia, lo cual viabiliza su adquisición en cualquier momento por el Ministerio de Salud. Actualmente se adelanta el trámite para adquirir el medicamento a nivel Nacional, realizar su distribución gratuita a las Secretarías Departamentales de Salud y desarrollar experiencias controladas mediante la aplicación de un protocolo validado para la adopción de esta conducta terapéutica por el sistema de salud.