



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD /
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

HSD/CD/001-12

**XIII Reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de
Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial,
Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas**

**17 al 19 de Agosto de 2011
Tegucigalpa, Honduras**

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
XIII Reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas
Tegucigalpa, Honduras, © OPS 2012

ISBN 978-92-75-31677-1

1. CHAGAS. 2. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. 3. VECTORES DE ENFERMEDADES.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al correo electrónico: pubrights@paho.org

© Organización Panamericana de la Salud, 2012. Todos los derechos reservados

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas y denominaciones empleadas en esta publicación no reflejan necesariamente los criterios ni las políticas actuales de la OPS/OMS ni de sus Estados Miembros.

ÍNDICE

- I. Introducción**
- II. Objetivos**
- III. Informe del Estado de Avance 2010-2011**
- IV. Informe de la Certificación Honduras**
- V. Informe de la Certificación Nicaragua**
- VI. Informe de la Certificación Costa Rica**
- VII. Informe de los países**
- VIII. Presentaciones especiales**
- IX. Actos especiales**
 - Lanzamiento del libro de la IPCA: “*HISTORIA DE 12 AÑOS DE UNA INICIATIVA SUBREGIONAL*” 1998-2010
 - Entrega Oficial de la Homologación de la Comisión Técnica Intergubernamental de la IPCA a la “Interrupción de la transmisión de *Trypanosoma cruzi* por el vector *Rhodnius prolixus* en Honduras”
 - Entrega Oficial de la Homologación de la Comisión Técnica Intergubernamental de la IPCA a la “Interrupción de la transmisión de *Trypanosoma cruzi* por el vector *Rhodnius prolixus* en Nicaragua”
 - Entrega Oficial de la Homologación de la Comisión Técnica Intergubernamental de la IPCA a la “Verificación de la Ausencia de *Rhodnius prolixus* en Costa Rica”
 - Homenaje al Dr. Gabriel Schmunis
 - Homenaje a la Agencia de Cooperación Internacional del Japón JICA
- X. Conclusiones, recomendaciones y resoluciones**
- XI. Anexos**
 - Cuadro de Conclusiones XIII IPCA
 - Agenda
 - Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA 63.20 de 2010
 - Resolución del Consejo Directivo de la OPS CD50.R17 de 2010
 - Lista de participantes
 - Galería de fotografías

I. INTRODUCCIÓN

La Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la interrupción de la transmisión vectorial, transfusional y atención médica de la enfermedad de Chagas, está constituida por la delegación oficial de los gobiernos y Ministerios de Salud de los países de Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, que se reúnen anualmente de forma rotativa en cada uno de los países. La Secretaría Técnica de la Comisión Intergubernamental es ejercida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En 1997 la XIII Reunión del Sector Salud de Centroamérica (RESSCA) realizada en la ciudad de Belice, se aprobó la Resolución N° 13 que establece que el **“Control de la enfermedad de Chagas es una actividad prioritaria para los países de Centroamérica”**.

La Iniciativa de los Países de Centroamérica para el Control de la Enfermedad de Chagas (IPCA) fue lanzada en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras en octubre de 1997, donde se creó la Comisión Intergubernamental con OPS/OMS como Secretaría Técnica.

La 51ª Asamblea Mundial de la Salud (1998), en su Resolución WHO 51.14 llamó a la eliminación de la enfermedad de Chagas mediante la interrupción de la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas para el año 2010.

En septiembre de 2005, la Resolución N° 5 de la XXI RESSCAD celebrada, en la ciudad de Belice en Septiembre de 2005 referencia a la enfermedad de Chagas expresa compromisos de control vectorial de *Triatoma dimidiata* y de tamizaje serológico universal para *Trypanosoma cruzi* en los donantes de sangre.

La Resolución N° 7 de la XXII RESSCAD, celebrada en la ciudad de Guatemala en 2006, emite tres importantes acuerdos en relación a la enfermedad de Chagas

En el año 2007, es lanzado por OPS/OMS el Plan Estratégico Mundial 2008-2015 de prevención y control de enfermedades olvidadas.

En la sede de la OMS en Ginebra se conforma la Red Mundial de lucha contra la enfermedad de Chagas en julio de 2007.

El 49º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su resolución CD49.R19 (2009), insta a los Estados Miembros a la eliminación o la reducción de las enfermedades desatendidas incluida la enfermedad de Chagas, para que dejen de ser problemas salud pública en el año 2015.

La 63ª Asamblea Mundial de la Salud (2010) analizó los logros y los retos y la necesidad de reformular las metas y los plazos y en su Resolución 63.20 insta a los Estados Miembros a redoblar esfuerzos para fortalecer y consolidar o establecer los Programas Nacionales de Control. Fortalecer las Iniciativas Intergubernamentales y la Secretaría Técnica de la Organización Panamericana de la Salud como modalidad exitosa de cooperación técnica entre países.

El 50º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su resolución CD50.R17 (2010) respaldó la Estrategia y aprobó el Plan de Acción para la Prevención, el Control y la Atención de la enfermedad de Chagas e insta a la Estados Miembros a que revisen los planes nacionales o establezcan nuevos planes para la prevención, el control y la optimización del acceso a la atención médica de la enfermedad de Chagas con un enfoque integral. Resuelve también que se fortalezcan y se privilegien el ámbito de las Iniciativas Subregionales de Prevención y Control, incorporando el componente de atención médica a los

afectados, para seguir avanzando mediante la cooperación técnica entre países hacia el logro de los objetivos propuestos.

Desde la creación de la Comisión Técnica Intergubernamental de la IPCA en 1997, se han realizado once reuniones anuales: la primera en Guatemala, octubre de 1998; la segunda en Managua, octubre de 1999; la tercera en San Salvador, julio de 2000; la cuarta en Panamá, agosto de 2001, la quinta en San José, Costa Rica, septiembre de 2002, la sexta séptima y octava en Tegucigalpa, octubre 2003, octubre de 2004 y diciembre de 2005 respectivamente, la novena en Guatemala septiembre de 2006, la décima en Managua, agosto de 2007 y la décimo primera en San José, Costa Rica, noviembre de 2008. En el año 2009 no se realizó una reunión subregional de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los países de Centroamérica IPCA. Ese año como parte de las actividades programadas para la celebración del Centenario del descubrimiento de la enfermedad por el Dr. Carlos Chagas, se llevó a cabo, una reunión conjunta de todas las Iniciativas de las Américas en Belém, Pará, Brasil en abril de 2009. La décimo segunda reunión se celebró en San Salvador en junio de 2010. La décimo tercera reunión se celebra en Tegucigalpa en agosto de 2011.

La XIII Reunión de la Comisión Intergubernamental de la IPCA se llevó a cabo en el Hotel Clarion de Tegucigalpa, Honduras del 17 al 19 de agosto de 2011. La reunión fue inaugurada por el Dr. Arturo Bendaña, Secretario de Salud de Honduras, acompañado por la Dra. Socorro Gross, Subdirectora de la Organización Panamericana de la Salud quienes dieron la bienvenida a los participantes y resaltaron la importancia de la reunión. Finalizado el acto inaugural, los delegados de los países eligieron al Dr. Concepción Zúñiga, delegado de Honduras, como Presidente y al Dr. José Marengo, delegado de Belice como Relator. La Dra. Tamara Mancero Bucheli, Secretaria Técnica de la IPCA inició el trabajo de la reunión con la presentación de los objetivos de la misma.

|

II. OBJETIVOS DE LA XIII IPCA

Dra. Tamara Mancero B.
Secretaria Técnica de la IPCA

Revisados los acuerdos y recomendaciones de la XII Reunión de la Comisión Intergubernamental de la IPCA, celebrada en San Salvador, El Salvador en 2010 se plantean los objetivos de esta XIII reunión

- Conocer los avances de los países miembros de la IPCA en relación con los acuerdos y compromisos elaborados en la XII reunión de la IPCA – El Salvador 2010.
- Analizar los resultados de los informes de la evaluación internacional a Honduras y Nicaragua en miras a la homologación y certificación de la interrupción de la transmisión de *Trypanosoma cruzi* por el vector *Rhodnius prolixus*.
- Analizar los resultados del informe del equipo técnico que revisó la evidencia oficial y de grupos de investigación en miras a la homologación de la certificación de la ausencia del vector *R. prolixus* en Costa Rica.
- Revisar los avances de Belice sobre la encuesta seroepidemiológica en escolares dirigida a evaluar el estado de la transmisión en el país.
- Resaltar la importancia de la armonización de la cooperación nacional e internacional en el tema de Chagas.
- Revisar las conclusiones y recomendaciones del “Taller sobre *T. dimidiata*” realizado en mayo de 2011 en Tegucigalpa, Honduras, con el fin de orientar a los Programas de control de los países de la IPCA en estrategias de control y vigilancia de este vector.
- Fortalecer la gestión de suministros.
- Fortalecer los mecanismos de acceso de los pacientes a los medicamentos para la enfermedad de Chagas para mejorar la cobertura de tratamiento etiológico con calidad.
- Revisar la situación del control de la transmisión transfusional de la enfermedad de Chagas.

III. INFORME DE ESTADO DE AVANCE 2010-2011

Dr. Roberto Salvatella
OPS/HSD/CD/CHA

La situación epidemiológica y de control actual de la enfermedad de Chagas en la subregión Centroamericana, se presenta en el siguiente cuadro:

<i>AMÉRICA CENTRAL</i>				
<i>País</i>	<i>Estimación de personas infectadas por Trypanosoma cruzi</i>	<i>Vectores activos en la transmisión de Trypanosoma cruzi</i>	<i>Estado de la transmisión vectorial de Trypanosoma cruzi</i>	<i>Estado del tamizaje para Chagas en bancos de sangre</i>
<i>Belice</i>	2.000	<i>T. dimidiata</i>	<i>Sin transmisión demostrada.</i>	<i>Tamizaje universal.</i>
<i>Costa Rica</i>	23.000	<i>T. dimidiata</i>	<i>Eliminado R. prolixus.</i>	<i>Tamizaje universal.</i>
<i>El Salvador</i>	232.000	<i>T. dimidiata</i>	<i>Eliminado R. prolixus. Transmisión activa por T. dimidiata.</i>	<i>Tamizaje universal.</i>
<i>Guatemala</i>	250.000	<i>T. dimidiata</i>	<i>Interrumpida la transmisión por R. prolixus.</i>	<i>Tamizaje universal.</i>
<i>Honduras</i>	220.000	<i>T. dimidiata</i>	<i>Interrumpida la transmisión por R. prolixus.</i>	<i>Tamizaje universal.</i>
<i>Nicaragua</i>	58.600	<i>T. dimidiata</i>	<i>Interrumpida la transmisión por R. prolixus.</i>	<i>Tamizaje universal.</i>
<i>Panamá</i>	21.000	<i>R. pallescens</i> <i>T. dimidiata</i>	<i>Activa y focal, fundamentalmente por R. pallescens.</i>	<i>Tamizaje universal.</i>

Logros alcanzados en 12 AÑOS de IPCA/Chagas

- Desactivación del núcleo centroamericano de transmisión de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus*, responsable por la mayor carga de enfermedad de la Subregión, mediante la eliminación del vector en El Salvador, Costa Rica y México y la interrupción de la transmisión vectorial de *T. cruzi* por este triatomino, en Guatemala, Honduras y Nicaragua.
- Tamizaje universal de donantes para enfermedad de Chagas en bancos de sangre de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.
- Aumento de cobertura y calidad de la atención médica a pacientes infectados por *Trypanosoma cruzi*.

Desafíos pendientes en 12 AÑOS de IPCA/Chagas

- Control de *Triatoma dimidiata*, con eliminación de este vector del domicilio en la Subregión.
- Interrupción de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Triatoma dimidiata* en El Salvador.
- Desarrollo del control antivectorial de *R. pallescens* y *T. dimidiata* en Panamá.
- Sustentabilidad de cobertura y optimización de la calidad del tamizaje para Chagas en donantes de banco de sangre.
- Aumento progresivo de la calidad y cobertura de la atención médica al paciente infectado por *T. cruzi*.

IV. INFORME PARA LA CERTIFICACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE *TRYPANOSOMA CRUZI* POR *RHODNIUS PROLIXUS* EN HONDURAS

Dr. Concepción Zúñiga

Objetivo

Evaluar la información que evidencie que Honduras puede obtener la certificación de la interrupción de la transmisión del *Trypanosoma cruzi* agente etiológico de la enfermedad de Chagas, por el vector *Rhodnius prolixus*. En cumplimiento al acuerdo N° 5 aprobado por la Comisión Intergubernamental de la IPCA en su XII Reunión celebrada en San Salvador, El Salvador en junio de 2010 que expresa:

“Felicitación por el informe presentado durante la reunión sobre la situación de Honduras, en el que se registran notables avances de control sobre R. prolixus y positivas repercusiones del mismo sobre la seroprevalencia en población joven de las áreas endémicas. Con este antecedente, se valida la visita de una Comisión Internacional de Expertos del 22 al 26 de Noviembre de 2010 para iniciar el proceso de certificación de la interrupción de la transmisión vectorial de T. cruzi por R. prolixus”.

Conformación de la Misión Internacional para la Evaluación

La Misión Internacional la integraron: Dr. Roberto Salvatella. Asesor Regional OPS/OMS para Enfermedad de Chagas, Dra. Vera Lucía Correa. Directora Centro de Entomología Superintendencia de Control de Endemias del Estado de Sao Paulo, Brasil e Ing. Mirko Rojas. Profesor Universidad de Cochabamba, Bolivia. La Contraparte Nacional (Secretaría de Salud) fue integrada por el Dr. Concepción Zúñiga. Jefe Programa Nacional de Chagas, Lic. Oscar Orlando Urrutia. Jefe de la Unidad de Entomología y Sr. José Ramón Rosales. Técnico Programa de Chagas. Acompañaron a la Misión la Dra. Tamara Mancero Buchelli. Secretaria Técnica de la IPCA (OPS/OMS Honduras), Lic. Kota Yoshioka. Experto Proyecto de Chagas/JICA/Nicaragua, Dr. Carlos Ponce Garay Experto Nacional, Lic. Elisa Mayén de Ponce Colaboradora Programa Nacional, Lic. Jiro Nakamura. Coordinador Proyecto JICA Fase II, Dr. Ken Hashimoto. Técnico Proyecto JICA Fase II, Lic. Karla Rivera Díaz Administradora Programa Nacional, Ing. Mauricio Zúñiga. Técnico Programa de Chagas, Dr. Carlos Rodríguez Colindres. Consultor UAP/ACDI, Dra. Maria Luisa Matute. Departamento de Laboratorios, Wilberto Montalbán Técnico de la Unidad de Entomología, Jessica Valeriano y Marco Tulio Trejo. Técnicos del Programa Nacional. La Evaluación Internacional se llevó a cabo del 22 al 26 de noviembre de 2010.

Observaciones y comentarios

- La Comisión Internacional Evaluadora de la Misión Internacional de Certificación de la Interrupción de la Transmisión Vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus* en Honduras, concluye y recomienda:
- *Rhodnius prolixus* ha descendido de forma altamente significativa su infestación, colonización domiciliar y dispersión en Honduras, como consecuencia de sistemáticas y efectivas acciones de control vectorial
- Tales descensos lo ubican en cercanía a su potencial eliminación en Honduras, como especie de triatomo alóctono de presencia exclusiva en ambientes antrópicos
- Consecuentemente las encuestas serológicas para enfermedad de Chagas en menores de 15 años y desagregadas en grupos de menores de 5 años y niños entre 5 y 15 años,

demuestran una caída del valor de prevalencia, que evidencian el impacto que el control de *R. prolixus*, ha generado.

- Todos estos logros expresan un encare exitoso y adecuado del abordaje que el Programa nacional de Chagas de Honduras ha desarrollado desde 2003 a la fecha, para sus funciones rectoras, ejecutoras y de coordinación en prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas.
- Este logro sobre *R. prolixus* es el primer peldaño de sucesos que es preciso alcanzar en la prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas, restando aún, como compromiso de país con el tema:
- La eliminación de *Rhodnius prolixus*.
- El control de *Triatoma dimidiata* en el domicilio humano, con la necesidad de alcanzar su eliminación del intra y peridomicilio.
- Alcanzar la interrupción de la transmisión vectorial de *T. cruzi* por *T. dimidiata*.
- Aumentar la calidad del tamizaje universal para Chagas en bancos de sangre.

Recomendaciones

- El Programa Nacional de Enfermedad de Chagas de Honduras posee fortalezas de organización, metodología y estrategia, que debe mantener y desarrollar:
- Descentralización y participación comunitaria y local.
- Integralidad de acciones con prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas que se integran en acciones globales de salud.
- Reciente reorganización de sus sistemas de información.
- Efectivo vínculo con el sistema de atención médica.
- Desarrollo de estrategias innovadoras de lucha anti vectorial.
- Ampliación de las áreas nacionales endémicas bajo vigilancia regular.
- Clara definición de metas y objetivos.

Conclusión

Consecuentemente, la información aportada por el país y diversos organismos nacionales e internacionales de cooperación, así como las observaciones directas logradas por la Comisión Internacional Evaluadora y los testimonios recogidos por esta, llevan a expresar que Honduras ha logrado una efectiva interrupción de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus*, que fuera la principal especie de triatomino vector de la enfermedad de Chagas en el país. Tal interrupción que esta Comisión valida y certifica, deberá pasar a ser homologada por la Décimo Tercera Reunión de la Comisión Intergubernamental (CI) de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas, a celebrarse en Tegucigalpa, Honduras en agosto de 2011.

V. INFORME PARA LA CERTIFICACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE *TRYPANOSOMA CRUZI* POR *RHODNIUS PROLIXUS* EN NICARAGUA

Dr. William Chacón

Objetivo

El objetivo de la Misión es evaluar y verificar en el terreno la información presentada por Nicaragua en relación al corte de la transmisión vectorial del *Trypanosoma cruzi* por el vector *Rhodnius prolixus* en cumplimiento al acuerdo N° 6 aprobado por la Comisión Intergubernamental de la IPCA en su XII Reunión celebrada en San Salvador, El Salvador en junio de 2010 que expresa:

“Felicitarse por el informe presentado durante la reunión sobre la situación de Nicaragua, en que se registran notables avances en el control de R prolixus y positivas repercusiones del mismo sobre la seroprevalencia en población joven de las áreas endémicas. Con este antecedente, se valida la visita de la Comisión Internacional de Expertos del 29 de noviembre al 3 de diciembre de 2010, para iniciar el proceso de certificación de la interrupción de la transmisión vectorial de T. cruzi por R. prolixus”.

Conformación de la Misión Internacional para la Evaluación

Dr. Carlos Ponce. Ex Director Laboratorio Central Secretaría de Salud de Honduras; Dr. Julio Sayes, Coordinador regional Norte de la Comisión Nacional de Zoonosis de Uruguay; Dra. Pilar Irabedra, Profesional Nacional de OPS Uruguay, asignada a la coordinación regional OPS en prevención y control de Enfermedad de Chagas; Dr. Ken Hashimoto, Asesor Técnico del Proyecto de control de la Enfermedad de Chagas, Agencia de Cooperación Internacional del Japón - JICA Honduras. La contraparte nacional estuvo integrada por: Dr. William Chacón, Responsable del Componente de Prevención y Control de Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis, MINSA; Lic. Emperatriz Lugo, Responsable de la Dirección de Entomología Nacional, Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia, CNDR, MINSA; Dra. Lesbia Altamirano, Consultora Nacional, Área de Control y Prevención de Enfermedades, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS Nicaragua). Acompañaron a la Misión, Licda. Elisa Mayen de Ponce, Colaboradora del Programa Nacional Chagas de Honduras; Lic. Toshihiko Matsuki, Coordinador del Proyecto de control de la Enfermedad de Chagas. JICA/Nicaragua; Lic. Yuko Hishida, Administradora del Proyecto de control de la Enfermedad de Chagas JICA/Nicaragua; Lic. Kota Yoshioka, Asesor Técnico del Proyecto de control de la Enfermedad de Chagas JICA/Nicaragua; Dra. Doribel Tercero, Consultora JICA para el Proyecto Chagas Nicaragua; Dr. Byron Pérez, Consultor JICA para el Proyecto Chagas Nicaragua y Dra. Elizabeth Hernández, JICA/Nicaragua. La Evaluación Internacional se llevó a cabo del 29 de noviembre al 3 de diciembre de 2010.

Observaciones y comentarios

La información brindada a la Comisión Internacional resultó acorde con la información epidemiológica y de control de la enfermedad de Chagas que había sido entregada por el país en su “Informe para la Certificación de la Interrupción de la Transmisión Vectorial de la Enfermedad de Chagas por *R. prolixus* en la República de Nicaragua”. Al respecto de dicha información se debe destacar:

- El control integral se ha aplicado dentro de las actividades programáticas y comprende componentes de vigilancia, control químico, mejora de las condiciones ambientales,

fortalecimiento de la participación de la comunidad a través de actividades información, educación y comunicación.

- Caída de los índices de seroprevalencia demostrados por los valores obtenidos en las últimas encuestas realizadas en los grupos de edad de menores de 15 años.
- Ausencia de *R. prolixus* evidenciada a través de encuestas entomológicas así como por los resultados de la participación comunitaria activa.
- Las estrategias de tratamiento químico aplicado han logrado altas coberturas y han impactado en *R. prolixus*, evidenciado por la ausencia del mismo en las encuestas entomológicas realizadas y los niveles de seroprevalencia de la encuesta 2010.
- La presencia de *T. dimidiata*, vector de la Enfermedad de Chagas, autóctono, importante pero secundario en cuanto a su capacidad de transmisión, que constituye un nuevo peldaño a alcanzar en el control de la Enfermedad de Chagas.
- En cuanto a la transmisión transfusional, Nicaragua posee 100% de cobertura de tamizaje de Chagas en Bancos de Sangre, habiendo obtenido logros importantes en lo que se refiere a estándares de calidad y donación voluntaria

Las visitas de terreno a los SILAIS de Nueva Segovia y Madriz así como las comunidades de estos dos departamentos, permitieron conocer en el terreno el desarrollo y gestión del Componente Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas, así como tomar contacto con la información a partir de los actores locales, evidenciándose los siguientes elementos:

- El nivel de conocimiento que tiene la población sobre la Enfermedad de Chagas, sus vectores así como las medidas de prevención, hecho que ha sido factor fundamental para los logros obtenidos.
- Fuerte participación comunitaria en la vigilancia activa de los triatominos, lo que evidencia la sensibilidad respecto al tema.
- La estratificación del riesgo en los municipios con antecedentes de presencia de *R. prolixus* facilitó las actividades de control y prevención.
- La organización y el compromiso de los trabajadores de salud de los diferentes niveles así como comunitarios.
- El desarrollo del componente ambiental de ordenamiento del medio integrado a las otras medidas de prevención, demostrado a través de la sustitución de las viviendas de riesgo para la presencia de triatominos.
- La existencia de metas y objetivos claros así como las estrategias desarrolladas que facilitaron alcanzar los logros observados.
- El compromiso político de los niveles departamentales y locales.
- La planificación, ejecución y seguimiento del diagnóstico y tratamiento de casos humanos de la Enfermedad de Chagas.
- El acompañamiento técnico y la integración efectiva de la cooperación técnica internacional a los efectos del logro de las metas y objetivos planteados.

- Fuerte componente de integración y respeto a la interculturalidad y aspectos étnicos en el desarrollo de los planes de prevención, control y atención de la enfermedad
- La construcción del concepto integral de salud a través de la integración con otros programas preventivos de salud que se realizan en la comunidad.

Recomendaciones

La interrupción de la transmisión vectorial de *T. cruzi* por *R. prolixus* es la primera etapa que debe ser continuada para la prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas, destacándose como próximos pasos en cumplimiento de los compromisos asumidos:

- La eliminación de *R. prolixus*.
- El control de *T. dimidiata* en el domicilio humano.
- La interrupción de la transmisión vectorial de *T. cruzi* por *T. dimidiata*.
- El mantenimiento de los logros obtenidos respecto al tamizaje universal de Chagas en bancos de sangre.
- El fortalecimiento de la cobertura y calidad de la atención médica de las personas infectadas por *T. cruzi*.

Conclusión

La situación descrita, en la documentación de relevamiento entomo-epidemiológico y de prevención-control de la enfermedad de Chagas que fuera aportada por el Ministerio de Salud de Nicaragua, en referencia a presencia, infestación o detección de *Rhodnius prolixus*, junto a las recientes encuestas seroepidemiológicas desarrolladas en menores y los testimonios institucionales, de técnicos y de comunidad obtenidos durante la misión de evaluación, llevan a la Comisión Internacional actuante a expresar que Nicaragua ha logrado una efectiva interrupción de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus*, que fuera la principal especie de triatomo vector de la enfermedad de Chagas en el país. Tal interrupción que esta Comisión valida y certifica, deberá pasar a ser homologada por la Décimo Tercera Reunión de la Comisión Intergubernamental (CI) de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas, a celebrarse en Tegucigalpa, Honduras en agosto de 2011.

VI. INFORME PARA LA CERTIFICACIÓN DE VERIFICACIÓN DE LA AUSENCIA DE *RHODNIUS PROLIXUS* EN COSTA RICA

Dra. Liliana Jiménez
Ministerio de Salud de Costa Rica

Objetivo

Efectuar una actualización de la situación de la Enfermedad de Chagas en Costa Rica y elaborar el Plan de Trabajo 2011-2012 en Prevención, Control y Atención Médica con la cooperación Técnica de OPS/OMS.

Conformación de la Jornada de Consideraciones estratégicas en prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas en Costa Rica

Dra. Nidia Calvo, Coordinadora Centro Nacional de Referencia en Parasitología, INCIENSA, Costa Rica; Dra. Vilma Carvajal, Coordinadora Laboratorio, Caja Costarricense del Seguro Social; Dr. Roberto Castro; Dr. José Luís Garcés y Dra. María Ethel Trejos, Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, Costa Rica; Dr. Rodrigo Marín, Coordinador Nacional de Control de Vectores, Ministerio de Salud, Costa Rica; Dra. Catalina Ramírez, SAVE, Caja Costarricense del Seguro Social; Dr. Gerardo Solano y Dr. Juan Carlos Valverde, Dirección Garantía de Acceso a los Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Costa Rica; Dr. Rodrigo Zeledón, Consultor Independiente, Costa Rica; Dr. Romeo Montoya, Consultor Representación de OPS/OMS en Costa Rica; Dr. Roberto Salvatella, Asesor Regional en Enfermedad de Chagas, Representación de OPS/OMS en Uruguay. La Jornada de Consideraciones Estratégica se llevó a cabo en la ciudad de San José, Costa Rica el día 6 de diciembre de 2010.

Comentarios y recomendaciones

1. La endemia chagásica en Costa Rica posee características que le son propias:
 - Distribución focalizada de las áreas de transmisión vectorial activa
 - *Triatoma dimidiata* es el vector de tales focos
 - Tres provincias (San José, Alajuela y Heredia) concentran más evidencia de transmisión de *Trypanosoma cruzi* al ser humano
 - El ciclo silvestre y su relación con el peridomicilio es importante
 - La incidencia y la prevalencia son bajas y decrecientes
2. *Rhodnius prolixus* que fuera notificado en el norte del país a mediados del siglo pasado, no ha sido detectado en décadas
3. Existe focalmente transmisión vectorial activa de *T. cruzi* por *T. dimidiata*, reportándose en forma esporádica casos agudos de la enfermedad de Chagas
4. El control del vector *T. dimidiata* debe hacerse con integración del manejo ambiental, de acuerdo a la definición nacional adoptada

Conclusión

Los participante en la Jornada de Consideraciones Estratégicas en base a los testimonios institucionales, de técnicos y expertos expresan que en Costa Rica el vector *Rhodnius prolixus* esta ausente desde hace décadas. Esta situación de ausencia establecida en esta Jornada, deberá pasar a ser homologada por la Décimo Tercera Reunión de la Comisión Intergubernamental (CI) de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión

Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas, a celebrarse en Tegucigalpa, Honduras en agosto de 2011.

VII. INFORME DE LOS PAÍSES

BELICE

La Unidad de Salud Ambiental es una dependencia de la Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud de Belice y en ella se encuentra el Programa de Control de Vectores.

Estrategia del Programa de Control de Vectores: abordaje integrado para malaria, dengue y enfermedad de Chagas

- Fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico en laboratorios
- Vigilancia epidemiológica y entomológica
- Diagnóstico precoz y tratamiento etiológico
- Control de vectores en diferentes estadios biológicos y situaciones
- Educación en salud y participación comunitaria
- Coordinación intersectorial y colaboración

Personal permanente de la Unidad de Salud Ambiental

- Director
- Jefe de operaciones
- Oficial técnico dengue
- Cinco supervisores distritales
- Cinco microscopistas
- Diez evaluadores
- Seis jefes de rociamiento
- Treinta y seis rociadores (estacionales)
- 17 asistentes ambientales
- Dos rociadores perifocales
- Dos operadores de máquinas ULV

Sistema integrado de vigilancia basado en la integración de la comunidad

- Vigilancia epidemiológica para *Triatoma dimidiata*
- Vigilancia epidemiológica para casos agudos y donantes de sangre seropositivos

Investigaciones operacionales

- Encuesta serológica en escolares a nivel nacional. La muestra correspondiente al Distrito de Toledo (936 escolares) está distribuida en 18 de las 26 escuelas. Se han procesado 786 todas con resultados negativos. Se espera completar la encuesta en septiembre de 2011.
- Sistematización de hallazgos entomológicos a nivel nacional. Hasta ahora el único triatomino reportado es *Triatoma dimidiata*

Control de la transmisión transfusional

Durante el año 2010, se tamizaron serológicamente un total de 4524 donantes de sangre por *T. cruzi* y se encontraron 45 seropositivos (1.0%). En 2009 se tamizaron 4364, y de ellos 29 fueron seropositivos (0.7%).

COSTA RICA

El Programa Nacional Integral de Manejo de Vectores depende de la Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud del Ministerio de Salud.

La prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores, depende de la situación epidemiológica y de las especies de vectores presentes. Las acciones están dirigidas a:

- Prevención de contactos con el vector
- Disminución de poblaciones del vector en cercanía con el humano
- Protección personal, control ambiental, mejoramiento de viviendas
- Detección de casos humanos; tamizaje de donadores de sangre
- Vigilancia epidemiológica; vigilancia entomológica.

Actividades y coberturas en el 2010

- Elaboración y discusión de la norma con diversos actores (UNA, INCIENSA, CCSS, INBIO)
- Participación de funcionarios de MIV en cursos de entomología médica impartidos por la UCR que incluyen el tema de la enfermedad de Chagas
- Atención de reportes de vectores

Planes 2011-2012

- Seguir divulgando la norma al personal de vectores de las diferentes regiones de salud
- Continuar con los procesos de educación a la comunidad.
- Atender las denuncias sobre la presencia del vector
- Dar información sobre los vectores y la enfermedad a la comunidad.
- Intervenir con control químico cuando corresponda.

La vigilancia entomológica es fundamental para el control de la enfermedad de Chagas. El control vectorial del *Triatoma dimidiata*, debe ser abordado con la participación de los servicios de salud y la comunidad, a fin, de que la denuncia de la presencia del vector al nivel local de salud, se efectúe por medio de vigilancia comunitaria facilitando hacer encuestas entomológicas según riesgo y visitas domiciliarias.

Recomendaciones para la visita domiciliar para el control vectorial post denuncia

- Evitar tener objetos acumulados debajo y alrededor de las camas.
- Revisar debajo de los colchones todos los días
- Durante la noche fuera de la casa, evitar tener luces blancas encendidas
- Animales domésticos deben dormir fuera de la casa
- Mantener madera y otros materiales lejos de la casa y moverlos periódicamente.
- Viviendas construidas sobre basas limpiar constantemente.
- Viviendas construidas cerca de cafetales o lotes baldíos, poner cedazo en las ventanas
- Evitar los pisos de tierra en lo posible de lo contrario barrerlo constantemente para evitar el camuflaje del vector (las ninfas de *T. dimidiata* se cubren de tierra para esconderse)

En el año 2009 se tamizaron serológicamente por *T. cruzi* 59336 donantes de sangre. Se encontraron 250 donantes seropositivos (0.42%).

EL SALVADOR

El Área de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores, depende de la Unidad de Salud Ambiental que depende el Viceministro de Política Sectoriales.

El Salvador obtuvo en el año 2010 la Certificación de Eliminación del triatomino *Rhodnius prolixus*, especie introducida que por mucho tiempo fuera el principal vector de *Trypanosoma cruzi* en el país. Sin embargo el país afronta aún un serio problema con el vector autóctono el *Triatoma dimidiata*, único vector y con amplia distribución geográfica evidenciado por el alto número de casos agudos de la enfermedad de Chagas adquiridos por transmisión vectorial.

Chagas agudo por grupos de edad y sexo. El Salvador hasta la semana 31 Año 2011

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
< 1	0	1	1
1 – 4	6	7	13
5 – 9	4	9	13
10 - 19	6	8	14
20 - 29	4	7	11
30 - 39	4	3	7
40 - 49	1	1	2
50 - 59	0	2	2
60 y más	1	3	4
Total	26	41	67

Estrategias de intervención actuales

- Promoción y prevención de la salud
- Interinstitucionalidad y participación ciudadana
- Vigilancia epidemiológica
- Atención médica
- Vigilancia entomológica
- Control

Metodología

- Análisis y estratificación
- Planificación de acciones
- Socialización y ejecución del plan
- Supervisión y evaluación

Retos en el control de la enfermedad de Chagas

- Sostener el logro de la certificación de la eliminación de *Rhodnius prolixus*
- Mantener y reforzar el componente de educación en salud
- Fortalecer el tema de Chagas en universidades y escuelas de medicina
- Fortalecer la vigilancia y control de Chagas
- Dar sostenibilidad a la disposición de medicamentos para enfermedad de Chagas
- Actualización constante de la Norma Nacional
- Transdisciplinariedad
- Interinstitucionalidad
- Potencializar las capacidades de las comunidades en vigilancia y control de Chagas
- Enfoque de la vigilancia de Chagas considerando los determinantes sociales y ambientales
- Estratificación de acciones considerando el daño y el riesgo.
- Respuesta a notificaciones de triatominos vectores

Algunas de las actividades importantes realizadas en el período 2009-2010 son:

- Celebración del Día Nacional de Chagas, 9 de julio
- Socialización de la Norma Nacional
- Socialización de los lineamientos de rociado de insecticidas
- Elaboración y publicación de la *Historia de la Enfermedad de Chagas en El Salvador*

GUATEMALA

El Subprograma de Enfermedad de Chagas depende del Programa Nacional de Enfermedades Transmitidas por Vectores de la Dirección de Regulación de Los Programas de Atención a las Personas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Guatemala está en proceso de lograr la Certificación de Eliminación de *Rhodnius prolixus*, luego de obtener la Certificación de Interrupción de la Transmisión de *T. cruzi* por este vector en el año 2008. Dos actividades se han diseñado para este propósito:

- Detectar un índice de infestación de 0% a través de muestreo probabilística por conglomerados en dos etapas.
- Búsqueda comunitaria en 317 localidades con historia de presencia de *Rhodnius prolixus* en el pasado.

Vigilancia centinela

La Vigilancia Centinela con Participación Comunitaria está encaminada a promover el involucramiento de los servicios de salud en la búsqueda de chinches, la identificación de casos sospechosos y promover acciones en las comunidades para prevenir la enfermedad de Chagas

Vigilancia entomológica

Está dirigida a la búsqueda captura y envío de triatominos a los buzones instalados en 51 puestos de salud en 10 departamentos del país.

Vigilancia epidemiológica

Principalmente para la detección, confirmación, tratamiento etiológico de casos agudos e investigación del caso

Control de la transmisión transfusional

En el año 2010 fueron tamizados serológicamente por *T. cruzi*, 92385 donantes de sangre con una cobertura de 100%. Se encontraron 1242 donantes seropositivos (1.34%).

Tratamiento etiológico

Durante el periodo 2010-2011, fueron tratados 60 pacientes con Nifurtimox, 19 menores de 15 años y 41 mayores de 15 años. De estos pacientes 42 son del departamento de Jutiapa.

La aprobación del Plan Nacional Estratégico para la Prevención y Control de la enfermedad de Chagas 2011-2016, permitirá que los logros obtenidos hasta ahora se consoliden y se siga avanzando en los objetivos y metas, facilitando la armonización de la cooperación tanto nacional como internacional.

HONDURAS

Honduras obtuvo la Certificación de Interrupción de la Transmisión de la enfermedad de Chagas por el vector *Rhodnius prolixus*. Este logro alcanzado demanda un gran trabajo para mantenerlo y lograr la Certificación de Eliminación de ese vector. Demanda también un esfuerzo mayor en el control del vector autóctono *Triatoma dimidiata*, ampliamente distribuido en el territorio nacional. El Programa Nacional de Prevención y Control de la enfermedad de Chagas, dependiente de la Dirección de Promoción de la Salud, de la Subsecretaría de Riesgos Poblacionales, continúa con las actividades de rociamiento de insecticidas, vigilancia entomológica y serológica.

Durante los años 2010 y 2011 hasta el mes de julio, se han rociado un total de 117 006 viviendas en 1826 localidades de 88 municipios de 13 departamentos de los 18 del país. La mayoría de este rociado fue dirigido a las áreas con antecedentes de *R. prolixus*.

El Sistema de Vigilancia Institucional-Comunitaria ha sido instalado y está en funcionamiento en 377 localidades de 29 municipios en 8 departamentos, dando prioridad a localidades que tuvieron presencia de *R. prolixus*.

La actividad de vigilancia serológica mediante encuestas con pruebas de ELISA en muestras tomadas en papel filtro durante el año 2010 fue intensa. Se examinaron un total de 37 960 muestras en población mayor de 6 meses de edad y menor de 15 años, distribuidos en 50 municipios de 11 departamentos del país. 150 muestras resultaron positivas (0.4%).

La exploración serológica con pruebas rápidas en población escolar, se realizó en 19 municipios de 6 departamentos. Un total de 6544 escolares fueron examinados resultando 69 positivos (1.05%).

En relación al tratamiento etiológico, durante 2010, se captaron y diagnosticaron 202 pacientes crónicos, 163 menores de 15 años y 39 mayores de esa edad. Fueron tratado 151 pacientes (75.0% de cobertura).

El control de la transmisión transfusional se sigue realizando en el país. En el año 2010, se tamizaron serológicamente por *T. cruzi* un total de 63 846 donantes de sangre y 1056 (1.6%) fueron seropositivos.

Actividades importantes realizadas en 2010 y 2011

- Informe Final de Cierre del proyecto Chagas JICA Fase II. Noviembre de 2010
- Misión de Evaluación Internacional para Certificación de la Interrupción de la Transmisión de *Trypanosoma cruzi* por el vector *Rhodnius prolixus*. Noviembre de 2010
- Taller de Vigilancia y Evaluación del Programa Nacional de Chagas. Febrero de 2011
- Participación en la Misión de Evaluación para Certificación, departamento de La Paz, Bolivia. Mayo de 2011
- Taller internacional para Definir Estrategias para la Prevención y Control de *Triatoma dimidiata*. Mayo del 2011
- Taller sobre Intervenciones de ECOSALUD para la Prevención de la Enfermedad de Chagas en América Central. Mayo de 2011
- Presentación de la propuesta al Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) para la reposición de 5,789 viviendas por parte del Programa Reposición de Viviendas Chagas (PRV-Chagas) del Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS). Julio de 2011
- Inicio del Proyecto de Cooperación con enfoque presupuestario para la enfermedad de Chagas y las Leishmaniasis financiado por la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional. Julio de 2011.

NICARAGUA

Nicaragua avanza hacia una nueva etapa dirigida a confirmar la eliminación de *Rhodnius prolixus* y la eliminación intradomiciliar del vector autóctono.

El Componente de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis depende de la Dirección General de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud (MINSa).

Estrategias de prevención y control

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica y entomológica con participación comunitaria para lograr la Certificación de la Eliminación de *Rhodnius prolixus* para el año 2014.
- Eliminar o disminuir la infestación intradomiciliar del *T. dimidiata* para interrumpir la transmisión de *T. cruzi*.
- Fortalecer la detección de casos, el diagnóstico y el tratamiento etiológico de acuerdo al Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) integrando la atención primaria de salud con participación directa de la comunidad.
- Mantener y fortalecer el tamizaje serológico para *T. cruzi* en el 100% de los donantes de sangre.

Actividades 2010-2011

- Encuesta de verificación entomológica y serológica en 5 Departamentos Norte del País
- Plan de inicio de acciones para control del *T. dimidiata* en SILAIS endémicos del país
- Fortalecer el control calidad en todas las actividades de prevención y control
- Desarrollo de estrategia de comunicación basada en metodología de IEC

Información del año 2010

- En la encuesta entomológica, no se encontró *Rhodnius prolixus*. *Triatoma dimidiata* se encontró en los 38 municipios encuestados de 5 departamentos del país.
- El control de la transmisión transfusional se mantiene con 100% de cobertura. En 2010 se tamizaron serológicamente para *T. cruzi* 61 340 donantes de sangre, 288 resultaron seropositivos (0.47%)
- Solo se detectó un caso agudo a diferencia de los años anteriores
- La celebración del día de Chagas fue muy alegre e informativa. Participaron 335 escolares con concursos de pintura, dibujos, piñatas y rifas con apoyo de maestras, padres de familia, voluntarios de JICA y comunidad en general

Plan 2011-2012

- Vigilancia entomológica con participación comunitaria para asegurar la eliminación de *R. prolixus*.
- Fortalecimiento de la vigilancia con participación comunitaria para reducir los índices de infestación por *T. dimidiata*
- Integrar al modelo de salud familiar y comunitaria, la vigilancia epidemiológica
- Mantener en coordinación con la Cruz Roja Nicaragüense el tamizaje de donantes de sangre con cobertura de 100%
- Mantener coordinación con el Centro de Diagnóstico y Referencia del MINSA

VIII. PRESENTACIONES ESPECIALES

JICA: Cooperación técnica en prevención y control de la enfermedad de Chagas en Centroamérica

Dr. Toru Horie

Asesor Principal Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas en Guatemala

La Cooperación de JICA para la prevención y control de la enfermedad de Chagas en América Central, se ha enfocado en el control vectorial con una estructura conformada por expertos nacionales e internacionales y voluntarios japoneses, con la finalidad de desarrollar capacidades. Los componentes del control vectorial son:

- Encuesta entomológica basal
- Rociamiento de insecticidas de acción residual
- Evaluación de impacto
- Vigilancia
- Experiencia en los países

Belice

- Tres voluntarios de JICA apoyan desde marzo de 2011
- Apoyo a la investigación del vector
- Concientización en escuelas y comunidades
- Apoyo a la encuesta serológica en escolares
- Día de Chagas

El Salvador

- Implementación de la investigación para desarrollar un medicamento para el tratamiento de la enfermedad de Chagas
- Desarrollo de un medicamento para la enfermedad de Chagas (2011 - 2013)
- Cooperación con la Universidad de Tokio y el Instituto Nacional para la Salud Pública del Japón
- Capacitación del Centro Nacional de Investigaciones Científicas de El Salvador (CICES)

Guatemala

Apoyo al Plan Nacional Estratégico 2011-2016 en los siguientes componentes:

- Entomología
- Control vectorial
- Vigilancia epidemiológica

- IEC
- Control transfusional

Honduras

Cobertura de vigilancia

Cobertura del Sistema de Vigilancia. Instalación en 6 áreas piloto en 4 departamentos, que cubren 644 localidades.

Nicaragua

- Encuestas Basales Serológica y Entomológica (2010)
- Fase de ataque en proceso (2011-2012)

Plan para el futuro

Colaboración con Escuelas y Colegios en actividades de prevención, en base a la Resolución N°36 de la XXXIII Reunión de la COMISCA que expresa: *“Instar a los países a que promuevan la celebración del día nacional de Chagas, el 9 de julio de cada año”*.

Sugerencias para la IPCA

- Aclarar y definir los criterios para evaluar el avance del control de *T. dimidiata* en la fase de vigilancia
- Establecer mecanismo financiero al nivel centroamericano para aumentar fondo operativo.
- Institucionalizar “Día de Chagas” en cada país en coordinación con SICA/COMISCA.

Nunca olvidaremos CHAGAS....

|

ACDI-CANADA: Cooperación bilateral en prevención y control de la enfermedad de Chagas y Leishmaniasis en Honduras 2002-2011

Dr. Carlos Rodríguez
Asesor Técnico de Salud. ACDI-Honduras

La cooperación bilateral de ACDI/CIDA en prevención y control de la enfermedad de Chagas comienza en la marco del programa “PRO-MESAS” un programa de cooperación bilateral entre el gobierno de Honduras y ACDI/CIDA para el lapso 2002-2007. El programa surge como consecuencia de los esfuerzos de reconstrucción que siguieron al huracán “Mitch” en 1998, la aprobación de la ERP y una comunidad de desarrollo internacional fuerte, y unificada, que coordinaba y armonizaba el programa de ayuda. El Programa se enfocó en los siguientes sectores: Educación; Forestal; Medio ambiente; Agricultura; Agua y Salud. PRO-MESAS tenía los siguientes ejes transversales:

- Gobernabilidad y participación democrática
- Igualdad de género y equidad social
- Modernización del Estado.
- Grupos vulnerables
- Descentralización
- Investigación y sistemas de aprendizaje

El sector salud de PRO-MESAS apoyó las acciones de prevención y control de la enfermedad de Chagas por que ser un problema de salud pública que afecta a los grupos poblacionales viviendo en pobreza extrema. Era una prioridad nacional identificada por el Gobierno de Honduras y existía un plan Estratégico Nacional (PenChagas) con objetivos, metas, actividades y presupuesto definido. En el marco de PRO-MESAS se intervinieron tres departamentos: Olancho, Santa Bárbara e Intibucá. Durante la vida de PRO-MESAS se invirtieron un total de US \$ 1.7 millones, distribuidos en tres sub-proyectos: Apoyo al Programa Nacional de Chagas en Capacitación y Logística; Monitoreo y Evaluación y Evaluación de la Eficiencia del Tratamiento Etiológico por *T. cruzi* en la población menor de 15 años.

RESULTADOS:

- 31 962 Pruebas serológicas rápidas realizadas
- 8895 Pruebas serológicas de ELISA
- 1023 Casos positivos identificados en menores de 15 años, 87% recibió tratamiento
- 118 focos de infestación por *R. prolixus* identificados, 98.3% de los focos con *R. prolixus* eliminado
- 52 690 viviendas rociadas en 823 localidades (meta 40 304 viviendas)

En 2007 al acercarse el final de PRO-MESAS y al hacer una revisión del contexto general y los resultados de PRO-MESAS se identificó que la Secretaría de Salud era una institución con una clara definición de políticas e intervenciones (Plan de Salud 2021) y tenía un Plan de Acción vinculado a resultados “PENCHALE” que contenía una adecuada estimación de requerimientos financieros para el sector dentro de un contexto de escasos recursos humanos y financieros, una coordinación entre donantes y armonización de procedimientos y el país realizaba un esfuerzo sostenido para ampliar el uso de procedimientos locales de implementación, manejo financiero, seguimiento y evaluación (SIAFI).

Los puntos antes mencionados conforman los criterios básicos que se deben reunir para un apoyo presupuestario basado en programa (PBA) y adicionalmente, el Gobierno de Honduras expreso su voluntad de asumir el reto que implicaba el desarrollo de un PBA en el sector salud.

A partir del año 2007 la Secretaría de Salud, la Secretaría Técnica de Cooperación (SETCO), Secretaría de Finanzas (SEFIN) y la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional ACIDI y los socios de la Cooperación inician el proceso de planificación de un Apoyo Presupuestario Basado en el PENCHALE. Como resultado de este trabajo se desarrolla COCHALE, un apoyo presupuestario para la Cooperación a la Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y la Leishmaniasis. El COCHALE tendrá una duración de 7 años y un monto de 18.8 dólares canadienses y una cobertura de 17 departamentos de Honduras.

Objetivo

Mejorar la situación de salud de Honduras particularmente las poblaciones vulnerables, en riesgo por la enfermedad de Chagas y las Leishmaniasis

Productos esperados

1. Eliminada la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas por *Rhodnius Prolixus*
2. Reducida la tasa de transmisión de la enfermedad de Chagas por *T. dimidiata*
3. Reducida la incidencia de las leishmaniasis en los grupos de población vulnerable
4. Incrementado el acceso universal al tratamiento para la enfermedad de Chagas y las leishmaniasis por grupos de población vulnerable.
5. Mejorada la capacidad de la Secretaría de Salud para implementar y administrar un programa de prevención y control de enfermedades vectoriales sensitivos al género y fiscalmente responsable

| Los ejes transversales de esta cooperación son: equidad de género, ambiente y transparencia con rendición de cuentas. Se usarán los sistemas nacionales para: comprometer y desembolsar fondos; hacer las adquisiciones; monitoreo y evaluación; auditoría y reporte. Para maximizar el éxito de COCHALE, se analizaron las capacidades de las Secretarías involucradas en el ejecución del PBA, se preparo un plan de fortalecimiento de capacidades de la Secretaría Salud y se realizó un estudio de impacto ambiental, un Manual Operativo de Programa (procedimientos), un taller sobre PBA interinstitucional para asegurar que las instituciones conocieran sus características, un Plan Operativo anual vinculado al PENCHALE, con presupuesto y plan de compras y un acuerdo de contribución y un acuerdo de financiamiento conjunto.

Los desafíos subregionales en cooperación técnica en Enfermedad de Chagas

Tamara Mancero B.

Secretaria Técnica de la IPCA

“Los programas de salud pública tienen una característica común: pocos recursos, con los cuales no se pueden proporcionar soluciones definitivas a estos problemas. El gran desafío es mantener la sostenibilidad...” La Enfermedad de Chagas: “Modelo de armonización de la cooperación interagencial”. ¿Cuáles serían los desafíos de cooperación con las necesidades actuales de la IPCA?

Desafíos por componente

Estrategia	Desafíos
<i>T. dimidiata</i>	Proyectos creativos para el control encaminados a mantener alejado al vector del domicilio Evidencia científica caracterización del foco “agudo”(clínica, cepas productoras de Chagas agudo y epidemiología del vector) Control de calidad de las intervenciones en el vector
Bancos de sangre	Programas de control de calidad
Tratamiento	Diagnóstico (control de calidad) y cobertura de tratamiento oportuno
Vigilancia epidemiológica	Institucional y comunitaria (sistemas de información integrados)
Prevención	Multisectorial (Ministerios de Educación, Universidades, Alcaldías: días D, semana de Chagas, etc.)

Desafíos

- Identificar nuevos socios y donantes
- Continuar armonizando la cooperación
- Recordar las buenas prácticas de cooperación como en el caso de Honduras con la Mesa Técnica estableciendo prioridades y plan de trabajo con posibles nuevos cooperantes
- Fomentar la coordinación con otros sectores como el de educación, vivienda y desarrollo social para intervenir en todos los aspectos relacionados con la prevención de la enfermedad de Chagas
- Incluir en las agendas de planes de enfermedades desatendidas las actividades de control de Chagas
- Asegurar que tanto el control como el tratamiento etiológico estén dentro de un tiempo precoz y oportuno
- Apoyar centros existentes para trabajar en red con los países miembros de la IPCA en el tema de investigación y desarrollo (también evaluación) de nuevos métodos diagnósticos de la enfermedad de Chagas
- Desarrollo de nuevas drogas

Desafío para la IPCA

- Priorizar líneas necesarias de cooperación nacional e internacional

Desafíos importantes para la Comisión Técnica Intergubernamental de la IPCA

- Como priorizar las necesidades de cooperación
- Como armonizar la cooperación nacional e internacional
- Mantener el tema de Chagas en las agendas nacionales

Eliminación de *Rhodnius prolixus* principal vector de *Trypanosoma cruzi* en Centroamérica y Sur de México

Dr. Carlos Ponce
Consultor Enfermedad de
Chagas, Honduras

Rhodnius prolixus (Stal, 1859) es una de las primeras especies del género *Rhodnius* en ser descritas y está entre las siete especies de triatomíneos vectores de la enfermedad de Chagas de mayor importancia epidemiológica. En América Central fue reportado por primera vez en El Salvador (Neiva, 1915). Fue introducida a inicios del siglo XX a El Salvador y desde ese país, se dispersó por el istmo hacia el sur hasta la Provincia de Guanacaste en Costa Rica y hacia el norte hasta los estados de Chiapas y Oaxaca en México. Su hábitat en América Central siempre fue estrictamente intradomiciliario, situación diferente a la de Venezuela y Colombia donde existen poblaciones silvestres. Su hábitat preferido son las viviendas precarias preferentemente con techos de material vegetal. Las poblaciones centroamericanas de este vector tienen muy poca variabilidad genética. La eficiencia de su capacidad vectorial para transmitir *Trypanosoma cruzi* al hombre está determinada por: su infestación estrictamente intradomiciliar con colonización y densidad altas; agresividad, voracidad y antropofilia; tiempo muy corto entre alimentación y deyección y altos índices de infección por *T. cruzi*.

En 1997 se lanza la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas, su primer objetivo: Eliminación de *Rhodnius prolixus* de la subregión.

Ausencia de *Rhodnius prolixus* en Costa Rica

Fue reportado por Ruiz en 1953 en la provincia de Guanacaste fronteriza con Nicaragua. El área infestada fue rápidamente intervenida con insecticidas y no se le volvió a encontrar. La acción oportuna con una amplia aplicación de insecticidas cuando el vector fue detectado, interrumpió su dispersión en el territorio del país y se logró su eliminación. A casi 60 años de este hecho, Costa Rica ha verificado la ausencia de *Rhodnius prolixus*, es decir la eliminación de este vector de su territorio.

Eliminación de *Rhodnius prolixus* en El Salvador

Este vector fue reportado por primera vez en El Salvador por Neiva en 1915. Hasta 1976 los estudios entomológicos indicaban siempre un predominio de *R. prolixus* sobre el vector autóctono *T. dimidiata*. Desde 1995 hasta el 2009 los estudios entomológicos no revelan la presencia de este vector y se tienen más de 12 años sin reportes de *R. prolixus*. Múltiples causas pudieron incidir en la desaparición del vector en el país. El control y la vigilancia cumplidos por el Ministerio de Salud con apoyo de JICA han demostrado que se ha logrado la eliminación de El Salvador.

Interrupción de la transmisión de *T. cruzi* por *Rhodnius prolixus* en Guatemala

Fue reportado por Romeo de León en 1943. En 1995 fue reportado en 5 de los 22 departamentos del país. De 2000 a 2007 el Programa Nacional con apoyo de JICA registra presencia del vector en 317 localidades de 32 municipios en 9 departamentos, que son intervenidas con rociamiento de insecticidas. En 2008 una Comisión Internacional de Evaluación, visita el país para analizar la información registrada, obtener testimonios institucionales, de los técnicos responsables y hacer observaciones en terreno. La vigilancia entomológica no reporta el vector desde hace 2 años y la seroprevalencia en población joven se ha reducido drásticamente.

Interrupción de la transmisión de *T. cruzi* por *Rhodnius prolixus* en Honduras

Rhodnius prolixus fue reportado por primera vez en Honduras por León-Gomez y col. En 1960 a raíz del primer caso humano diagnosticado en el país. En 1973 se reporta *Rhodnius prolixus* en 40 localidades en 12 departamentos del país. La importancia de este vector quedó demostrada con los siguientes hechos: cuatro casos simultáneos de enfermedad de Chagas aguda con signo de Romaña; una vivienda con la infestación record: 11 246 ejemplares. En 1991-1994 se lleva a cabo un proyecto piloto de control integral en dos municipios con alta infestación por *R. prolixus*, demostró que un trabajo bien planificado con cobertura y calidad, hacen posible la eliminación de este vector. A la fecha no se le ha encontrado en esa área. En 1992 se demostró que la seroprevalencia en población general en áreas infestadas solo por *R. prolixus* eran tres veces más altas que en las áreas infestadas solo por *T. dimidiata*.

Entre 2003-2009, el Programa Nacional con apoyo de la cooperación internacional principalmente de JICA, ACIDI y OPS registró e intervino 517 Localidades infestadas por *R. prolixus* en 69 municipios de 12 departamentos del país. En 2010. Solo se reporta en cuatro localidades y los índices de seroprevalencia en los grupos etáreos más jóvenes, tienen una drástica caída, evidenciando la interrupción de la transmisión. El vector no se reporta desde hace 18 meses.

Interrupción de la transmisión de *T. cruzi* por *Rhodnius prolixus* en Nicaragua

Reportado por primera vez en Nicaragua por Alvarez-Montalbán en 1949, el mismo año en que se reportaron los dos primeros casos humanos. De 2000 al 2002 con el apoyo de China-Taiwán y OPS/OMS se ejecutó un plan de intervención de rociamiento con piretroides en 49 localidades infestadas por *R. prolixus* en 14 municipios de 8 departamentos del país. Con la cooperación técnica de OPS y apoyo de Agencia Española de Cooperación Internacional AECI, se logró en 2007 y 2008 completar el rociado en 4 localidades pendientes y con antecedentes de infestación por *R. prolixus*. La cooperación brindada por JICA a partir de 2009 ha permitido realizar encuestas serológicas en los grupos etáreos jóvenes que muestran que la transmisión en las áreas endémicas donde hubo presencia de *R. prolixus* está interrumpida y la vigilancia entomológica instalada no reporta ejemplares de este vector.

Ausencia de *Rhodnius prolixus* en México

Reportado por primera vez en el país por Mazzotti en 1938, siempre estuvo limitado a los Estados de Chiapas y Oaxaca y estrictamente en ambiente domiciliario. En la década de los años 90 su localización fue mínima, esporádica y focal en los mismos Estados. Desde el año 2002, no se ha establecido su presencia en el territorio nacional y se considera eliminado. Desde el año 2009, se mantiene una vigilancia entomológica para este vector.

CERTIFICACIONES

Certificación de Interrupción de la Transmisión de *Trypanosoma cruzi* por *R. prolixus*

- Guatemala 2008
- Honduras 2011
- Nicaragua 2011

Certificación de Eliminación de *Rhodnius prolixus*

- El Salvador 2010

Certificación de Verificación de la Ausencia de *Rhodnius prolixus*

- México 2009
- Costa Rica 2011

Conclusión

A casi 100 años del primer reporte de *Rhodnius prolixus* en Centroamérica, celebramos su eliminación de esta subregión que significa un trascendental logro que es un verdadero hito de la salud pública del continente americano gracias a una decisión política oportuna basada en evidencia científica (especie introducida), el entusiasmo de investigadores y trabajadores de la salud pública, el apoyo de expertos, la cooperación técnica de la OPS, agencias de cooperación, instituciones de los países, ONGs y la participación de las poblaciones afectadas.

**Informe de la Reunión Técnica en Materia de Control Vectorial.
Nuevos hitos y propuestas para el control de *Triatoma dimidiata* en
Centroamérica. Tegucigalpa, Honduras 26 y 27 de mayo de 2011.**

Dra. Carlota Monroy
Universidad de San Carlos, Guatemala

Al ser eliminado el *Rhodnius prolixus* de América Central, se reconoce al *Triatoma dimidiata* como el principal vector en Centroamérica, iniciándose una nueva etapa de trabajo dirigida al control del vector autóctono, que pese a su menor capacidad vectorial, impone para la IPCA, cambios o ajustes en objetivos, metas, metodología, estrategias y procesos que lleven a la efectiva protección de la población bajo riesgo de contraer la enfermedad de Chagas, por intermedio de este vector en esta Subregión. La capacidad vectorial del *T. dimidiata* es tres veces menor que la del *R. prolixus*. *T. dimidiata* es considerado un complejo de especies con por lo menos cuatro grupos genéticos que tiene capacidades diversas.

En Centroamérica son reconocidas diferentes coyunturas o situaciones de transmisión vectorial por *T. dimidiata*, que dependen tanto de factores biológicos y ecológicos como de factores antrópicos, políticos, sociales, económicos y culturales. Es una especie que en poblaciones silvestres presenta gran diversidad de hábitats, así como gran capacidad de recolonizar viviendas intervenidas con insecticidas, desde el exterior por vía del peridomicilio y posee para diferentes áreas, diferentes capacidades para infestar o colonizar la vivienda humana ya sea su origen silvestre, peridomiciliario o domiciliario.

Existen diferentes grados de infestación urbana por *T. dimidiata*. Todas las ciudades capitales nacionales de los países de la subregión y otras ciudades importantes dentro y fuera de Centroamérica como Guayaquil (Ecuador) y Mérida (México) tienen presencia de *T. dimidiata* por lo que deben ser objeto de estrategias de vigilancia e intervención puntual.

Los participantes hicieron recomendaciones para los países que tienen este vector entre las que destacan las siguientes:

Considerar importante para el control de la enfermedad de Chagas, la condición del intradomicilio y peridomicilio (calidad, estructura, diseño de la vivienda y sus alrededores y hábitos y prácticas de higiene domiciliarios) para evitar la colonización y/o recolonización de la vivienda por parte de *T. dimidiata* y lograr la interrupción de la transmisión vectorial de *T. cruzi* por este vector.

Considerar como factores de riesgo para la infestación por *T. dimidiata* en las viviendas, su ubicación tanto en lugares altos como por la cercanía a iluminación artificial, además la presencia de animales en el intra y peridomicilio y la localización periférica de las casas en un área urbana.

Evaluar el fenómeno de “visita” de individuos principalmente adultos de *T. dimidiata* al domicilio humano, como marcador de invasión de la vivienda y de eventual transmisión vectorial incidental de *T. cruzi*.

En esta importante reunión participaron expertos internacionales en el tema, delegados de los países de IPCA, miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) y Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI).

Experiencia de un sitio de vigilancia epidemiológica con participación comunitaria para la prevención y control de la enfermedad de Chagas en Honduras.

Dra. Bielka Pineda
Médico Municipio de
Dolores, Intibucá

El municipio de Dolores en el departamento de Intibucá, se divide en 19 localidades con 5200 habitantes en su mayoría de la etnia Lenca, 1137 viviendas. Cuenta con un Centro de Salud (CESAMO) con el siguiente personal: 1 médico, 3 auxiliares de enfermería, 1 técnico en salud ambiental, 48 voluntarios de salud y 40 rociadores comunitarios.

El sistema de vigilancia ha sido instalado en las 19 localidades, 8 de ellas tuvieron *Rhodnius prolixus*. Después de las intervenciones de rociado y hasta la fecha, este vector no ha sido reportado en ninguna de las localidades.

Localidades que tuvieron <i>Rhodnius prolixus</i> con el Sistema de Vigilancia instalado
Borbollón
El Achiote
Piedra Redonda
Agua Blanca
La Laguna
El Lolo
Las Puertas
El Cerrón

Reportes de *Triatoma dimidiata* en localidades del municipio de Dolores, Intibucá
Hasta agosto de 2011

Localidad	Total de viviendas	Viviendas con reporte de <i>T. dimidiata</i>	%
Los Patios	37	2	5.4%
El Centro	114	2	1.7%
Azacualpa	107	1	0.9%
Santa Teresa	47	2	4.2%
Piedra Redonda	66	2	3.0%
La Paterna	60	1	1.6%
El Junco	58	2	3.4%
La Laguna	100	1	1.0%
El Rodeo	57	1	1.7%
Las Puertas	59	1	1.6%
El Achiote	44	1	2.2%
Total	749	16	2.1%

Actividades de vigilancia epidemiológica de la enfermedad de Chagas realizadas en el municipio de Dolores, Intibucá en 2011.

- Participación del Taller de Vigilancia de la enfermedad de Chagas en Comayagua.
- Retroalimentación a voluntarios de Salud Sobre taller de vigilancia en Comayagua. Entrega de resultados serológicos pos-tratamiento a 9 pacientes
- Actualización sobre enfermedad de Chagas a voluntarios de Salud en reunión mensual, entrega de croquis actualizados por comunidad a la Unidad de Salud
- Organización de voluntarios de salud para levantamiento de CEFASA y búsqueda activa de triatominos casa a casa
- Visita del Dr. Concepción Zuniga y Dr. Yovani Cardona a evaluar un niño del estudio Chagas congénito
- Participación en sesión de Corporación Municipal para gestionar financiamiento del rociado en el municipio.
- Presentación de plan estratégico de rociamiento intra-domiciliario a la Corporación Municipal
- Socialización del plan estratégico de rociado con voluntarios de salud.
- Encuesta CAP a voluntarios de salud y maestros.

Lecciones aprendidas

- Establecer alianzas estratégicas con diferentes organizaciones (Corporación Municipal, CARE, maestros, alumnos y otros)
- Mantener en forma permanente el plan de Información, Educación y Comunicación (IEC)
- Realizar el trabajo en equipo

Actividades de vigilancia epidemiológica de la enfermedad de Chagas a realizar en el municipio de Dolores, Intibucá en 2011

- Reforzamiento en lineamientos de rociado
- Rociado masivo, por presencia de *T. dimidiata*
- Presentación de resultados encuesta CAP y Reunión de IPCA
- Celebración del 102 aniversario de la enfermedad de Chagas
- Supervisión operativo limpieza por voluntarios de salud y recolección de vectores
- Encuesta CAP a estudiantes de centros educativos

Cobertura de tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas en Argentina

Dr. Héctor Freilij
Hospital Dr. Ricardo Gutiérrez
Buenos Aires, Argentina

La enfermedad de Chagas continúa siendo la principal endemia parasitaria en la Argentina. Hay transmisión vectorial en áreas urbanas, es un problema ambiental y de hábitat, El control del vector es difícil lo que permite consolidar la inequidad social por discriminación generando costos evitables al sector salud.

Dificultades en la atención de la Enfermedad de Chagas

- Desconocimiento de la enfermedad
- Dificultades para la obtención del medicamento
- Temores a los efectos adversos
- Incertidumbre en saber si un paciente tratado se curó parasitológicamente
- Es una enfermedad donde los tiempos suelen ser prolongados

Brechas a resolver

- Vigilancia continua y sostenible con respuesta oportuna de control vectorial
- Reducción de brecha entre diagnóstico de niños infectados y su tratamiento
- Aumento de la detección de casos de Chagas en neonatos, niños, adolescentes y adultos

Programa de capacitación para tratamiento

Organizar un grupo de profesionales para que generalicen el conocimiento de la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento. El tratamiento lo debe realizar todo el sistema de salud. Los niños, adolescentes y adultos jóvenes con enfermedad de Chagas se curan si reciben tratamiento adecuado. Para conseguir mayores acciones con los pacientes infectados debemos incrementar la capacitación de profesionales sobre esta enfermedad para mejorar los diagnósticos de laboratorio y la actitud de los médicos en el abordaje de los pacientes.

Plan Federal de Salud de Argentina **Metas 2010-2016. Enfermedad de Chagas**

Acceso al tratamiento etiológico 2010: Línea de base: 800 Tratamientos (escolares de primaria y secundaria) 2014: incrementar el 70% de diagnóstico y tratamiento de niños al ingreso escolar primario y secundario en las provincias de mediano riesgo que ya hayan alcanzado la interrupción de la transmisión vectorial. 2016: Incrementar en 95% de diagnóstico y tratamiento de niños al ingreso escolar primario y secundario en las provincias de alto riesgo que ya hayan alcanzado la interrupción vectorial.

Control de la transmisión congénita 2010: Línea de base: 300 notificaciones por año. Alcanzar la notificación del 95% de los casos en las provincias de Buenos Aires, Córdoba, La Rioja, Catamarca, Tucumán, Misiones y Corrientes para el 2014. Alcanzar la notificación del 95 % del total de los casos en resto del país para el 2016.

Control de la transmisión transfusional: Mantener la interrupción de la transmisión transfusional en el 100% de las donaciones (Programa Nacional de Sangre).

Recomendaciones

- Detectar a los niños y adolescentes infectados para que reciban el tratamiento etiológico.
- Estudiar a todas las embarazadas.
- Estudiar a todos los hijos que nacen de una madre infectada.
- Brindar adecuado tratamiento de los adultos infectados.

Informe de Médicos Sin Fronteras sobre diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Chagas en la Región

Dra. Carolina Batista
MSF/Brasil

MSF son las siglas por las que se conoce a Médicos Sin Fronteras, una organización médico-humanitaria de carácter internacional que aporta su ayuda a poblaciones en situación precaria y a víctimas de catástrofes de origen natural o humano y de conflictos armados, sin discriminación por raza, religión o ideología política.

Nuestra experiencia en trabajo con la enfermedad de Chagas se inicia en 1999 con un proyecto en 5 municipios del departamento de Yoro, Honduras luego del desastre natural causado por el huracán “Mitch” atendiendo una demanda de la población local y del equipo de salud de esa Área de Salud.

Pacientes tratados en proyectos MSF en 11 años

• Honduras	< 15 años	32 tratados
• Nicaragua	<15 años	60 tratados
• Guatemala	<15 años	124 tratados
• Bolivia	< 5 hasta <60 años	4547 tratados
• Paraguay	<60 años	81 tratamientos iniciados

Casuística de 5000 pacientes

- Mortalidad: CERO
- Morbilidad por efectos adversos graves: cinco casos requirieron hospitalización (1SSJ)
- Suspensión de tratamientos por decisión médica: 15-20%

Estrategias en Proyectos MSF en Bolivia y Paraguay: BOPA en Colaboración y coordinación con los Ministerios de Salud

- Intervención vertical/comunitaria CCBA/Cochabamba, Bolivia
- Intervención integrada: CCBA Urbano/Cochabamba, Bolivia
- Intervención mixta: CCBA Rural/Chaco paraguayo

En Bolivia se calcula que el 40% de la población está infectada y que el Chagas sería el causante del 13% de los fallecimientos de personas entre 15 y 75 años. Además el 60% del territorio nacional es área endémica, con 9130 comunidades y unas 700 000 casas estarían afectadas; debido a esto 4 millones de habitantes estarían en riesgo de contraer la enfermedad.

Además del diagnóstico y tratamiento, MSF trabaja también en las actividades de prevención. El control vectorial es clave para que los pacientes no sean infectados nuevamente una vez que están en tratamiento. La aplicación de la estrategia de auto evaluación de control vectorial, donde los pacientes en tratamiento evalúan la presencia de la vinchuca en sus propias casas, ha tenido lugar durante el año. Los pacientes de esta manera están facultados y participan activamente en la sensibilización de la comunidad.

Cifras en Cochabamba, Bolivia

- 20 000 personas tamizadas.
- 3335 (16.7%) personas confirmadas positivas.
- 1395 (46.2%) personas iniciaron tratamiento.
- 847 terminaron el tratamiento

Cifras en Cochabamba Rural (2009-2011)

- Personas tamizadas: 4662 (49.7%)
- Personas confirmadas positivas: 1915 (6.5%)
- Personas que iniciaron tratamiento: 1360 (71%)
- Personas que terminaron el tratamiento 987 (hasta mayo 2011)

MSF empezó a trabajar en Paraguay en el 2010, donde desarrolla un programa gratuito de Chagas en colaboración con el Ministerio de Salud en el departamento de Boquerón, Chaco paraguayo. Esta región de matorrales y llanuras de pantanos que cubre gran parte del Paraguay aloja al 3 por ciento de la población, en su mayoría indígenas 60%. El acceso a la asistencia sanitaria es pobre e insuficiente y geográficamente muy difícil. La elección de intervenir en el Chaco paraguayo se ampara en criterios humanitarios como el limitado acceso a la salud y la atención a poblaciones vulnerables como son las comunidades indígenas de esa región.

Desafíos y problemas

- Transferencia a los ministerios/consolidación
- Poca participación de ministerios en etapas de diseño del proyecto
- Pobre coordinación con otros actores
- Falta de indicadores y metas para Chagas en APS
- Censos poco confiables
- Confirmación diagnóstica
- Pocos medicamentos y formulaciones pediátricas
- Dependencia de un único productor de benznidazol y nifurtimox
- Ausencia de registro del benznidazol
- Escasez de personal de salud capacitado
- Alta rotación de recursos humanos a todo nivel
- Prueba para criterio de cura
- Investigación y desarrollo
- Pacientes crónicos con complicaciones
- Co infección VIH y Chagas

Revisión de eventos adversos publicados o reportados al Centro de Uppsala, Suecia en la utilización de benznidazol y nifurtimox para el tratamiento de la enfermedad de Chagas. 1965-2011

Dr. Pedro Albajar Viñas
OMS/Ginebra

Tratamiento de una enfermedad desatendida. Estudio sobre farmacovigilancia **Conclusiones y propuestas**

En Septiembre del año 2000, 189 jefes de estado adoptaron la Declaración de Objetivos del Milenio, un marco para el desarrollo humano. Establecieron 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio con metas establecidas para el 2015, e identificaron un número de indicadores para monitorear el progreso.

Las enfermedades desatendidas causan en el mundo, una mortalidad de unas 534000 personas cada año. Su impacto en la productividad de los trabajadores suma billones de dólares perdidos anualmente y mantiene a los países con bajos ingresos en la pobreza. 149 países y territorios son afectados al menos por una enfermedad desatendida. De ellos, más del 70% son afectados por 2 o más enfermedades desatendidas y 28 países son afectados por más de 6 enfermedades simultáneamente. Afectan a la gente más pobre en comunidades marginales y con menor capacidad de demandar servicios.

La enfermedad de Chagas y su tratamiento etiológico

- Diversidad de parásitos (*Trypanosoma cruzi* I, II, III, IV, V, VI)
- Variedad de manifestaciones clínicas (Sur América contra América Central y del Norte, los países Andinos contra el Centro de Brasil)
- Enfermedad crónica silenciosa y silenciosa (más de la mitad de los casos agudos o crónicos son asintomáticos u oligosintomáticos) en poblaciones pobres (rural, peri-urbanas y poblaciones migrantes)
- Una de las cargas más alta de enfermedad entre las enfermedades desatendidas en América y Europa
- Solo un 20% de los infectados se diagnostican y solo un 20% de los diagnosticados son tratados
- Unas 55500 personas por año requerirían tratamiento etiológico, pero solo unas 6500 personas son tratadas anualmente con benznidazol y unas 1600 personas tratadas con nifurtimox (tratamiento de 2da línea).

Tratamiento

- Tratamiento parasitológico y no parasitológico.
- Tratamiento para detener / retardar la evolución de la Enfermedad de Chagas.
- Acceso específico a tratamientos y protocolos para su uso racional.
- Tolerancia a tratamientos específicos, vigilancia con detección temprana de los efectos secundarios y su manejo / tratamiento rápido.

La farmacoterapia disponible para la enfermedad de Chagas incluye nifurtimox y benznidazole. Estos dos medicamentos han sido utilizados desde los años 70s, pero existe muy poca información con respecto a estos medicamentos. Varios estudios han sido publicados con respecto al beneficio con menos análisis sobre la seguridad de estos medicamentos.

Un estudio sistemático de eventos adversos de los medicamentos, asociados con Nifurtimox (NF) y Benznidazole (BZ) en el tratamiento de la enfermedad de Chagas

- Centro de Farmacovigilancia, Hospital Médica Sur, Ciudad de México, México
- Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México
- Junta Nacional ICMR, Decano, Hospital ESI PGIMSR MGM, Parel, Mumbai, India
- Departamento de Enfermedades Infecciosas, Universidad de Ciencias de la Salud de Maharashtra, India
- Programa de Control de la Enfermedad de Chagas de la OMS, Departamento de Control de Enfermedades Tropicales Desatendidas
- Programa de Seguridad de Medicamentos y Farmacovigilancia de la OMS, Unidad de Medicamentos

Objetivos

- Revisar la literatura publicada para la información de toxicidad de NF y BZ
- Evaluar los reportes de seguridad de casos individuales (ICSR) presentados a la OMS en la base de datos globales de ICSR, Vigibase – base de datos del Centro de Monitoreo de Uppsala (UMC)
- Para comparar & analizar la información obtenida

Métodos

Revisión sistemática de estudios originales publicados en Inglés, Español, Portugués, y Francés, entre 1965 hasta Abril de 2010, utilizando máquina de búsqueda electrónica.

Todas las publicaciones que refieren a estudios de seguridad de NF y BZ o a la incidencia de eventos adversos por medicamentos (EAM) con estos medicamentos en sus títulos o resúmenes, fueron incluidos. Publicaciones sobre los estudios de NF y BZ en animales, así como las publicaciones que no presentan un resumen, fueron también excluidas.

Las medidas primarias de resultados del estudio fueron la incidencia total ADE, discontinuados debido a EAM y la incidencia de EAM individual según los órganos afectados, reportes espontáneos de EAM sobre Nf y Bz, en Vigibase, fueron extraídos y analizados por factores de causa, seriedad, y riesgo y un nuevo EAM no mencionado en el Resumen de Características del Producto.

Farmacovigilancia del tratamiento de la infección por *Trypanosoma cruzi*

Revisión de Literatura basada en eventos/efectos adversos, toxicidad, farmacovigilancia, y seguridad de nifurtimox (Lampit ® Bayer) y benznidazole (Lafepe benznidazol ®, Lafepe) y las denominaciones de pre-mercado: Ro 07-1051; Ro 7-1051 y Ro 71051, Bayer 2502; Bay 2502; Bayer2502 y Bay2502. Descriptores principales: Nifurtimox o Benznidazole.

- Un total de 323 publicaciones fueron identificadas de las cuales 53 cumplieron con los criterios de inclusión, 27 relacionados con NF y 35 relacionados con BZ. Cerca de la mitad se refieren a tratamiento en niños. La mayoría en Argentina (45.3%) y Brasil (26.4%).
- La frecuencia de los pacientes reportados que sufrían de Eventos Adversos al Medicamento (EAM) así como un número de discontinuación de tratamientos debido a esta situación, fue más alto en NF que en BZ.
- El tratamiento con NF fue asociado más con desordenes psiquiátricos, con efectos en el sistema nervioso central y periférico, desordenes gastrointestinales, desordenes metabólicos y nutricionales;
- El tratamiento con BZ fue asociado más con desordenes de piel, desordenes gastrointestinales y efectos en el sistema nervioso central y periférico
- En general los niños sufrieron menos EAM y tratamientos discontinuados con menos frecuencia que en los adultos para ambos medicamentos, NF y BZ
- 121 reportes con NF y 79 con BZ de 8 países, en 1990, 2008 y 2009, fueron recibidos en la base de datos de OMS-UMC, Centro de Monitoreo de Uppsala, Suecia
- 93% de los reportes de NF fueron de Venezuela mientras que 64.55% de los reportes de BZ fueron de Perú
- Reportes de EAM de NF fueron por daño hepatocelular, ictericia, hepatomegalia y fotosensibilidad.
- Reportes de EAM de BZ fueron por reacción alérgica, ataxia, hemiparesia, fotosensibilidad y vasculitis.
- La discontinuación del tratamiento con BZ fue similar en adultos y en niños.

Conclusiones

- La falta de datos seguros y fuertes en la literatura publicada en la base de datos globales de la OMS después de años de uso de NF y BZ es sorprendente.
- Son necesarios planes coherentes y consistentes de farmacovigilancia y sistemas de monitoreo de estos medicamentos en lugares donde han sido utilizados.
- La identificación de nuevos EAM en la base de datos de la OMS aseguran las Características de Producto actualizados para estos medicamentos.
- Los Reportes espontáneos de EAM deberán ser una parte integral de cualquier programa de tratamiento para enfermedad de Chagas, para la mejor calidad de los cuidados del paciente.
- El monitoreo es útil en caracterizar los riesgos como un complemento para los sistemas de reporte espontáneo.

Comentarios finales

- Necesidad de la implementación de protocolos de tratamientos adecuados con indicaciones, contra indicaciones, recomendaciones, seguimiento cercano, detección temprana de EAM
- Necesidad de un sistema de farmacovigilancia
- Necesidad de inclusión y colaboración de todos los actores

Gestión de suministros para enfermedad de Chagas

Dra. Nora Girón

Fondo Estratégico OPSOPS/OMS Honduras

El Fondo Estratégico es un Mecanismo de Cooperación de la OPS para mejorar el Acceso y la Gestión de Abastecimiento de suministros estratégicos de salud pública.

Servicio de compras internacionales

- Medicamentos (VIH, TB, Malaria, Enfermedades Desatendidas, Cáncer, otras), pruebas de laboratorio para diagnóstico e insecticidas
- Cuando posible, consolidación de volúmenes y negociación

Asesoramiento técnico en gestión de abastecimiento

- Planificación, sistemas de compra, almacenamiento y distribución, propiedad intelectual, calidad, negociación, etc.

Objetivos

- Mejorar acceso y disponibilidad de suministros estratégicos de salud pública en los Estados Miembros
- Mejorar la capacidad nacional en la gestión de abastecimiento (planificación, adquisición, manejo y sostenibilidad)
- Promover principios y conceptos de calidad en la adquisición y gestión de los suministros estratégicos de salud pública.
- Fortalecer los programas de salud prioritarios a nivel nacional y promover la aplicación de mandatos normativos de la OPS/OMS

Iniciativas de la OPS

- **El Fondo Estratégico de la OPS.** Selección, planificación y adquisición.
- **Fortalecimiento de la capacidad reguladora de los países.** Sistemas y marcos regulatorios, registro y vigilancia post-comercialización y control de calidad
- **Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias.** Evidencia para la toma de decisiones / ATS / URM, fichas técnicas y banco de precios

Mandatos referidos a mejorar el acceso a medicamentos esenciales

- Resolución CD45 Consejo Directivo de la OPS (2004). Acceso a medicamentos. Fortalecer las capacidades en programación y planificación. Promover la disponibilidad de suministros estratégicos de salud pública. Aprovechar economías de escala
- Resolución del CD.47 Consejo Directivo de la OPS (2006). Investigación, Producción y Acceso a Medicamentos Esenciales.
- Resolución CD.48 Consejo Directivo de la OPS (2008). Mecanismos de adquisición de suministros estratégicos incluyendo vacunas.
- Resolución CD.49 Consejo Directivo de OPS (2009). Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza
- Resolución 63.20 Asamblea Mundial de la Salud (2010). Control y Eliminación de la enfermedad de Chagas
- Resolución CD 50.17 Consejo Directivo de la OPS (2010). Estrategia y Plan de Acción para la Prevención, Control y Atención de la Enfermedad de Chagas

Determinantes de acceso

- Selección y evaluación de productos basada en la evidencia
- Disponibilidad y accesibilidad de los productos en el mercado farmacéutico
- Aseguramiento de la calidad
- Financiamiento y gestión del suministro
- Uso Racional de los insumos

Suministro de medicamentos antichagásicos

- Proveedores y fabricantes limitados en la región. Benznidazol – LAFEPE, Nifurtimox - Bayer
- Pocas actividades de investigación y desarrollo en la búsqueda de nuevas terapias eficaces y menos tóxicas
- Disponibilidad limitada en los países
- No se comercializa en los mercados farmacéuticos nacionales
- Adquisición de Nifurtimox vía donación
- Medicamentos no incluidos en listas de medicamentos esenciales y no registrados en países endémicos
- No hay alternativas genéricas
- Financiamiento insuficiente o no disponible
- Fragmentación de los sistemas nacionales de suministro
- Falta de cobertura de los servicios de salud

Problemas en el sistema de suministros

Planificación y programación inadecuada; procesos de adquisición largos; falta de: proveedores; prácticas inadecuadas de almacenamiento y distribución; sistemas de información; programas de gestión de la calidad de los medicamentos; monitoreo y supervisión; programas de farmacovigilancia y presupuesto adecuado y sostenible.

Benznidazol está registrado en 5 de 21 países endémicos y Nifurtimox está registrado en 10 de 21 países endémicos. En América Central, el Benznidazol no está registrado en ningún país, pero está incluido en la Lista de Medicamentos Esenciales de Honduras y Nicaragua. Nifurtimox está registrado en El Salvador, Guatemala y Nicaragua y está incluido en la Lista de Medicamentos esenciales de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua

Trabajo actual y planes del Fondo Estratégico en Tratamiento Etiológico de la enfermedad de Chagas

Objetivo

Mejorar la coordinación entre oferta y demanda (necesidad de países y producción de medicamentos) para lograr acceso y disponibilidad

Líneas de acción

- Mejorar información de demanda actual y potencial
- Demanda real, capacidad de diagnóstico y tratamiento expandido
- Productos presentaciones
- Calendario de requerimientos
- Reducir dificultades relacionadas al registro sanitario
- Planificación de necesidades (que, cuanto, cuando y como comprar)
- Planificación de producción (que, cuanto, cuando y para quien producir)
- Requisitos regulatorios para el registro sanitario

Compra conjunta para todos los países que requieren

LAFEPE informa en 2011 que tiene un stock de 1.2 millones de tabletas para la región y presenta propuesta para su distribución en base a estimaciones previas. Los países deberán hacer propuesta para la compra conjunta para el año 2012, previo ajuste de las estimaciones de necesidades y enviar a LAFEPE para programar la producción para el año 2012.

Cooperación técnica. Acciones a desarrollar

- Reorientar los sistemas de suministro de medicamentos e insumos para salud pública bajo un abordaje integral.
- Promover la inclusión de los medicamentos antichagásicos en las LME de los países.
- Promover el registro sanitario o alguna forma de inscripción por la ANR de los medicamentos antichagásicos en los países endémicos.
- Apoyar la implementación del programa de fármaco-vigilancia para los medicamentos antichagásicos
- Apoyar a los países en la adquisición oportuna de los medicamentos antichagásicos

Contactos:

Dr. James Fitzgerald

Coordinador, Medicamentos y Tecnologías Sanitarias,

OPS Washington

fitzgerj@paho.org

Dra. Nora Girón

Coordinadora Regional Fondo Estratégico,

Sede OPS/Honduras giroann@hon.ops-oms.org

www.paho.org/mt

Prevención de enfermedades transmitidas por transfusiones sanguíneas en Latino-américa 1993-2010

Dr. Gabriel Schmunis
Experto en Enfermedad de Chagas. Washington, USA

El Estado asegura la seguridad de la sangre por medio de leyes, decretos, normas, regulaciones sobre la recolección y uso de sangre y componentes

Un sistema que asegure que las leyes, decretos, normas, regulaciones, se cumplen, como lo demuestran las inspecciones periódicas

Una organización de la información que apoye lo anterior y que incluya: número de donantes, número de donantes tamizados para cada enfermedad infecciosa (cobertura del tamizaje; prevalencia de la infección en la población de donantes. Características de los donantes (pagados, de reposición, voluntarios y voluntarios repetidos)

La industria produce:

Reactivos para pruebas de compatibilidad
Reactivos para pruebas de diagnóstico
Factores de coagulación
Albúmina para investigación y desarrollo

Los donantes: sanos, voluntarios, repetidos.

A mediados de los años 90 hubo dudas sobre algunos de los resultados obtenidos por serología ya sea por falta de los operadores como de los reactivos. ¿Qué hizo la OPS?

Evaluación del desempeño OPS, 2008

Participaron 24 instituciones de 16 países. Estas recibieron un panel con 44 muestras, 4 de ellas positivas para *T. cruzi*. Ninguna de las muestras era negativa para todos los marcadores serológicos. Solo 1 laboratorio detectó 2 muestras falsas positivas para *T. cruzi*. Otros marcadores: siete laboratorios diagnosticaron falsos positivos y otros 7 falsos negativos.

Indicadores de la interrupción de la transmisión transfusional de *T. cruzi* y otros agentes infecciosos

- 100% de donantes voluntarios repetidos
- 100% de tamizaje por encuesta / entrevista por personal experto y por serología a los candidatos a donantes
- Uso de reactivos de diagnóstico de calidad probada. Validación de los reactivos en el mercado por autoridad competente/asociación profesional autorizada;
- Aseguramiento de la calidad interna de los equipos; procedimientos; reactivos diagnósticos; y registros completos de todas las actividades, verificada por visitas periódicas de auditoría;

- Participación periódica en esquemas de evaluación del desempeño, con un tiempo de respuesta compatible con lo que se tarda en realizar el tamizaje de rutina
- Capacitación continua del personal;
- Visitas periódicas de inspección.

IX. ACTOS ESPECIALES

La Décimo Tercera Reunión de la IPCA fue el marco para varios Actos Especiales de gran trascendencia para la IPCA. La Mesa Principal para estos actos estuvo integrada por el Secretario de Salud de Honduras, Dr. Arturo Bendaña; la Subdirectora de la de la Organización Panamericana de la Salud, Dra. Socorro Gross; El Vicepresidente de la agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) Sr. Izumi Takashima; la Representante de la OPS/OMS en Honduras, Dra. Gina Watson; El Director de JICA en Honduras, Lic. Akihiko Yamada; El Embajador del Japón en Honduras, Sr. Shifei Kaku y la Secretaria Técnica de la IPCA, Dra. Tamara Mancero

Lanzamiento del libro de la IPCA

“HISTORIA DE 12 AÑOS DE UNA INICIATIVA SUBREGIONAL” 1998-2010

Dra. Socorro Gross
Subdirectora de la Organización Panamericana de la Salud

La Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y AtencMédica de la Enfermedad de Chagas está realizando su decimotercera reunión anual y tiene la feliz iniciativa de lanzar este libro, que relata, analiza y comparte la experiencia de 12 años de acción positiva en salud de este exitoso esquema de cooperación técnica internacional entre países.

La IPCA ha sido un terreno de interacción, caracterizadas por la cooperación activa y decidida entre países con proyectos TCC que OPS apoyó; es una mesa de trabajo de los países junto a la cooperación técnica internacional, mediante agencias nacionales, internacionales, ONGs y otras estructuras que han dado apoyo y sentido al trabajo que se emprendía.

El libro contiene la memoria a través de vivencias y opiniones de quienes participaron en la ejecución de todos los roles posibles: desde la planificación y gerencia hasta la ejecución operativa. Esto refleja una valiosa historia de vida de interacción entre países y entre cooperantes, coordinados y bien inspirados.

Son 12 años de historia, son doce años de trabajo y doce años de éxito, que se sintetizan en un volumen que la OPS, junto a JICA y ACIDI, tienen el gusto de apoyar y compartir, junto a los países protagonistas de esta historia y de estos logros alcanzados.

Que el futuro dé larga y fructífera vida a este esfuerzo realizado!!! Mucho es el éxito, pero mucho lo que aún queda por hacer.

Defender lo alcanzado, alcanzar lo pendiente y renovar el compromiso, IPCA sigue adelante.

Entrega de Homologaciones

Dra. Tamara Mancero Bucheli
Secretaria Técnica de la IPCA

Entrega Oficial de la Homologación de la Comisión Técnica Intergubernamental de la IPCA a la “Interrupción de la transmisión de *Trypanosoma cruzi* por el vector *Rhodnius prolixus* en Honduras”

El proceso que hoy concluye contiene:

- La evidencia publicada y la información registrada por el Programa Nacional de Prevención y Control
- una misión de preevaluación preparatoria
- una misión internacional de evaluación en noviembre 2010
- y la homologación del fallo internacional por parte de IPCA que hoy se entrega.

El reto futuro del país está encaminado a mantener el logro alcanzado de la interrupción de la transmisión de la enfermedad por este vector para poder certificar su eliminación y enfocar el esfuerzo en el control domiciliario de *T. dimidiata*, mantener los logros de cobertura y calidad en el control de la transmisión transfusional, fortalecer la vigilancia epidemiológica, la atención médica y la atención social.

Entrega Oficial de la Homologación de la Comisión Técnica Intergubernamental de la IPCA a la “Interrupción de la Transmisión de *Trypanosoma cruzi* por el vector *Rhodnius prolixus* en Nicaragua”

El proceso que concluye ahora contiene:

- La evidencia publicada y la información registrada por el Programa Nacional de Prevención y Control
- una misión de preevaluación preparatoria
- una misión internacional de evaluación en noviembre/diciembre de 2010
- y la homologación del fallo internacional por parte de IPCA que hoy se entregará.

El reto futuro del país está encaminado a mantener el logro alcanzado de la interrupción de la transmisión de la enfermedad por este vector para poder certificar su eliminación y enfocar el esfuerzo en el control domiciliario de *T. dimidiata*, mantener los logros en el control de la transmisión transfusional y fortalecer la atención médica.

Entrega Oficial de la Homologación de la Comisión Técnica Intergubernamental de la IPCA a la “Verificación de la Ausencia de *Rhodnius prolixus* en Costa Rica”

El proceso contiene:

- Evidencia publicada e información registrada
- Entrevistas con personal institucional del área
- y la homologación del fallo internacional por parte de IPCA que hoy se entrega.

El reto futuro del país está encaminado a enfocar el control de *T. dimidiata* domiciliar en áreas rurales y urbano-marginales, mantener la cobertura en el control de la transmisión transfusional y fortalecer la atención médica de los infectados.

Homenaje al Dr. Gabriel A. Schmunis

Dra. Gina Watson
Representante OPS/OMS en Honduras

Es para la OPS y la IPCA un honor especial otorgar un homenaje de reconocimiento para el Dr. Gabriel Schmunis, podrían ser varios los temas en los que Gabriel podría recibir un homenaje pero aprovechamos este cálido escenario que involucra a los Jefes de Programa de los 7 países miembros de la IPCA y sus socios importantes para reconocer su aporte a esta Iniciativa.

Desde 1989, el Dr. Gabriel Schmunis, como Coordinador del Programa de Enfermedades Transmisibles de OPS, comienza a elaborar la estrategia y planificación que redimensionaría la cooperación técnica en la prevención y control de la enfermedad de Chagas, utilizando el conocimiento y la evidencia disponibles en aquellos años y brinda desde OPS el apoyo y respaldo técnico, conceptual y operativo necesario para fundar la cooperación técnica horizontal entre países, hoy conocida como “Iniciativas Subregionales”.

Nunca ha estado desvinculado de la IPCA y su presencia siempre ha sido y es motivadora, asesorando a los países, a los jóvenes técnicos e investigadores y a la cooperación internacional para proyectos y continuar trabajando por la enfermedad de Chagas.

Homenaje a la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

Dra. Socorro Gross
Subdirectora de la Organización Panamericana de la Salud

La Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas, fue fundada por la unión de siete países de la Subregión en 1997 y cuya Secretaría Técnica fue encomendada a la Organización Panamericana de la Salud.

En el año 2000, la llegada de un valioso y prestigioso socio y aliado para prevenir y controlar la enfermedad de Chagas en Centroamérica marcó un hito en la subregión. JICA iniciaba su proyecto en Guatemala, incorporando después a El Salvador, Honduras, Panamá, Nicaragua y Belice. La cooperación de JICA se convirtió en un pilar fundamental en los avances que se han obtenido y apoyó las estrategias de prevención y control basadas en evidencia y particularmente en la vigilancia epidemiológica con participación comunitaria. La endemia chagásica como la conocimos en Centroamérica hasta los años 90, ya no se asemeja a lo que fue cuando se creó la IPCA. Sin embargo, hay nuevos desafíos.

Con estas reflexiones deseamos destacar la magnitud y valor de los hechos y expresamos el reconocimiento y agradecimiento de la Organización Panamericana de la Salud y de la IPCA para con JICA, agencia que como socio, aliado y amigo, permitió salud y más equidad para millones de centroamericanos.

Sr. Izumi Takashima
Vicepresidente de JICA

En su discurso de agradecimiento el Sr. Takashima expresó lo siguiente:

Como Vicepresidente de JICA y como ciudadano japonés, en nombre de la Agencia de

Cooperación Internacional del Japón, manifiesto nuestro agradecimiento por este gran honor al otorgarle a JICA un reconocimiento de parte de la IPCA y de la OPS/OMS y quisiera dirigirles unas palabras explicando las características de la cooperación de JICA a los países centroamericanos en su lucha para el control de la enfermedad de Chagas, resaltando los siguientes tres puntos:

- Desplegar la asistencia que corresponda a los diferentes niveles
- Desplegar la asistencia sostenible (fases de Preparación, Ataque y Monitoreo)
- Trabajo de red y colaboración en el marco de la IPCA

Estoy seguro de que los logros alcanzados por los países de Centroamérica en la eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas, será siempre un tema de conversación dentro de nuestra institución como un ejemplo de las buenas prácticas de JICA, donde seguimos trabajando para la garantía de la seguridad de la humanidad.

Para todos los pueblos que aún sufren con la pobreza en los países en vías de desarrollo, los resultados del proyecto de la enfermedad de Chagas en Centroamérica son una luz de esperanza, estoy seguro de que esto provocará la formación de nuevas redes y extensión de más actividades.

Por último, no quiero dejar de mencionar que en Japón, hemos recibido una gran solidaridad y mensajes cálidos por parte de personas e instituciones de los países de Centroamérica, cuando nuestro país fue golpeado por el gran terremoto el pasado mes de marzo del presente año. Reitero mi agradecimiento por su solidaridad.

Acto de Clausura

La XIII Reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los países de Centroamérica (IPCA), para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas, fue clausurada por el Secretario de Salud de Honduras, Dr. Arturo Bendaña expresó: “Al clausurar esta Décimo Tercera Reunión de la IPCA, vemos con gran satisfacción el éxito de este esfuerzo conjunto centroamericano originado en una decisión política oportuna y basada en hechos científicos bien fundamentados. El esfuerzo ha contado y sigue contando con el apoyo de Agencias de Cooperación Internacional y el decisivo aporte de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud que ejerce la Secretaría Técnica de la IPCA y es un agente catalizador del intercambio entre los países miembros de esta y de otras Iniciativas subregionales para el control de la enfermedad de Chagas. Con este evento la IPCA cierra una etapa de altísima importancia: la eliminación del vector *Rhodnius prolixus* del territorio centroamericano, insecto que fuera introducido a Centroamérica, hace unos 100 años y que era el responsable de más del 90% de las infecciones adquiridas por medio de vectores”.

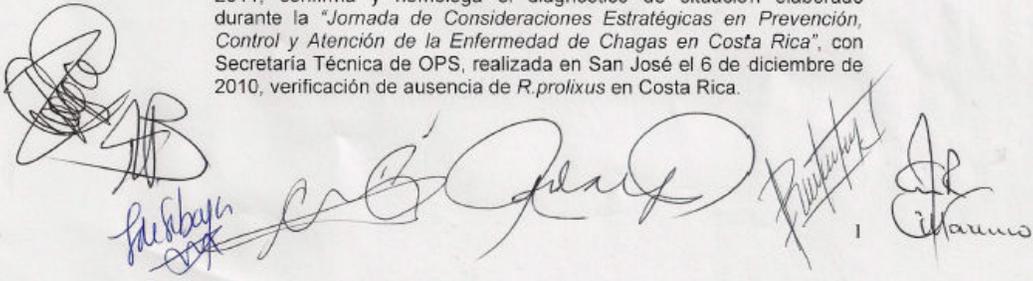
X. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y RESOLUCIONES

Décimo tercera reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas

Tegucigalpa - Honduras
17 al 19 de agosto de 2011

Conclusiones, recomendaciones y resoluciones:

1. La Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas reunida en Tegucigalpa, Honduras, del 17 al 19 de agosto de 2011, confirma y homologa el diagnóstico de situación elaborado por la Comisión Internacional Evaluadora, con Secretaría Técnica de OPS, de interrupción de la transmisión vectorial de *T.cruzi* por *R.prolixus* en Honduras.
2. La Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas reunida en Tegucigalpa, Honduras, del 17 al 19 de agosto de 2011, confirma y homologa el diagnóstico de situación elaborado por la Comisión Internacional Evaluadora, con Secretaría Técnica de OPS, de interrupción de la transmisión vectorial de *T.cruzi* por *R.prolixus* en Nicaragua.
3. La Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas reunida en Tegucigalpa, Honduras, del 17 al 19 de agosto de 2011, confirma y homologa el diagnóstico de situación elaborado durante la "Jornada de Consideraciones Estratégicas en Prevención, Control y Atención de la Enfermedad de Chagas en Costa Rica", con Secretaría Técnica de OPS, realizada en San José el 6 de diciembre de 2010, verificación de ausencia de *R.prolixus* en Costa Rica.



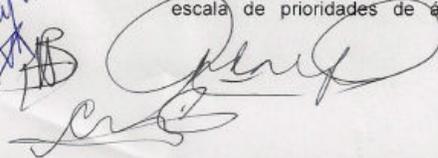
Handwritten signatures of the commission members, including names like "Sánchez" and "Marino".

4. La XIII reunión de la IPCA selecciona como prioridades subregionales abordar:
- Control de *T. dimidiata*
 - Trabajo continuo en calidad y sustentabilidad de cobertura en el tamizaje de donantes en bancos de sangre
 - Organización y desarrollo de la atención médica en los países de la Subregión
 - Gestión de medicamentos de tratamiento etiológico y reactivos para diagnóstico
5. Se propone la formulación, para su aprobación, de un Proyecto TCC de OPS entre El Salvador y Guatemala, para abordar un plan intensivo de control antivectorial de *T. dimidiata* en áreas de la zona comprendida entre Jutiapa (Guatemala) y Santa Ana-Ahuachapán (El Salvador), dirigido a interrumpir la activa transmisión de *T. cruzi* evidenciada por la presencia de casos agudos.
6. Se recomienda gestionar un proyecto de investigación de detección temprana de resistencia a los insecticidas usados en la sub-región integrado al sistema de vigilancia.
7. Reiteramos la importancia de eliminar las colonias de *Rhodnius prolixus* en los laboratorios de la sub-región como prevención a eventuales accidentes.
8. Reconocida en la actualidad, *Triatoma dimidiata* como el principal vector de *Trypanosoma cruzi* en Centroamérica, se reconocen varios conceptos fundamentales como pilares de las futuras acciones de prevención y control de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas:

- se recomienda desarrollar análisis de la información entomológica y epidemiológica de *T. dimidiata* actualmente disponible, para definir diseños de intervención necesaria para cumplir con el objetivo de interrupción de la transmisión vectorial y eliminación de *T. dimidiata* del domicilio
- es prioridad absoluta de abordaje, toda área que muestre signos de transmisión activa vectorial
- tratándose de un vector autóctono, debe tenerse claro que al seguimiento de los indicadores entomológicos necesarios (IID dividido en IIID e IIPD, IC, IITT) se agregará evaluación seroepidemiológica en niños de 0 a 5 años o escolares, que será la medida final de impacto en la evaluación de las acciones;
- se deben establecer claros diagnósticos de situación que contemplen parámetros entomológicos, seroepidemiológicos y de factores determinantes de infestación y/o transmisión;
- con tales diagnósticos locales elaborados, se debe construir una escala de prioridades de áreas a intervenir y de modelos



Rubén
H



2



alternativos, innovativos, sostenibles de costo beneficio positivo para el control de este vector;

- continuar ampliando la cobertura de los sistemas de vigilancia comunitaria y optimizando la calidad de las experiencias en curso;
- tanto prevención como control antiveccorial no deben mantenerse idénticos a lo ejecutado exitosamente sobre *R. prolixus*;
- y cada país de la Subregión deberá diseñar estrategias y metodologías que se ajusten a su situación debidamente estudiada y caracterizada;

9. Desarrollo de un trabajo coordinado, sistematizado y sostenible para mejorar la calidad y seguridad en la obtención, procesamiento y transfusión de la sangre y componentes para reducir el riesgo de transmisión de *Trypanosoma cruzi*.

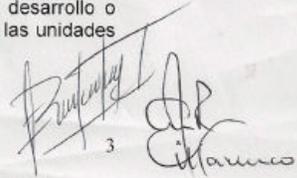
10. Reiterar a los países que en materia de indicación de tratamiento de la enfermedad de Chagas, todo paciente infectado por *Trypanosoma cruzi* puede beneficiarse del tratamiento etiológico, correctamente indicado, administrado y supervisado, siguiendo la normativa establecida por cada uno de los países miembros. Es mandatorio tratar todo caso agudo, caso de recrudescencia, niño y/o adolescente infectado. El tratamiento etiológico de Chagas en el adulto, durante la fase crónica, puede ser indicado por su médico tratante, toda vez que el diagnóstico esté confirmado, estén garantizadas las condiciones para administrarlo adecuadamente y no existan contraindicaciones para el mismo.

11. Instar a los países a programar anualmente la demanda estimada de medicamentos para tratamiento etiológico, de forma de posibilitar la gestión, producción, abastecimiento y distribución para cubrir las necesidades de cada país.

12. Recordar que la provisión de Benznidazol demanda su adquisición por parte de los países, y que la colaboración y fortalecimiento del Fondo Estratégico de OPS en este rol, puede ser una vía sólida para superar los problemas de accesibilidad que hoy se tienen con este medicamento.

13. La Comisión Intergubernamental expresa su preocupación para asegurar el abastecimiento de benznidazol para la gestión 2012, por lo que se solicita al Área de Medicamentos y Tecnología Sanitaria de OPS, efectuar las gestiones ante el laboratorio LAFEPE y los otros actores implicados en la producción de materia prima, a los efectos de asegurar la disponibilidad del fármaco.

Por su parte, los países se comprometen a establecer y cuantificar sus necesidades de tratamiento etiológico, asegurar la inclusión de nifurtimox y benznidazol en el listado de medicamentos esenciales y propiciar su registro sanitario. También, se privilegiará el desarrollo o fortalecimiento de la farmacovigilancia en coordinación con las unidades ministeriales especializadas.



3

14. Acerca de la atención médica de la enfermedad de Chagas en la Subregión, las estrategias posibles de implementarse para el aseguramiento de la misma a las personas con sospecha o confirmación de enfermedad de Chagas, se pueden sintetizar en:

- desarrollo de algoritmos de manejo de los posibles casos cualquiera sean su etapa evolutiva, por puerta de entrada, incluyendo donantes seropositivos y/u otras especificidades del caso;
- interacción organizada y sostenida entre los Programas Nacionales de Chagas o sus áreas equivalentes, con el Sistema Nacional de Salud de cada país;
- traspaso del proceso de atención (pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento) a la atención primaria de salud y primer nivel de atención, especialmente si estos funcionan con modelos de salud familiar;
- facilitación permanente para los niveles descentralizados y equipos locales de herramientas básicas para la realización de su quehacer (capacitación, recursos e incentivos);
- y aseguramiento del trabajo integrado y participativo en toda la red de salud (servicios de sangre, hospitales, centros de atención específica para Chagas, etc.), con adecuado sistema de referencia y contrarreferencia de casos que lo ameriten.

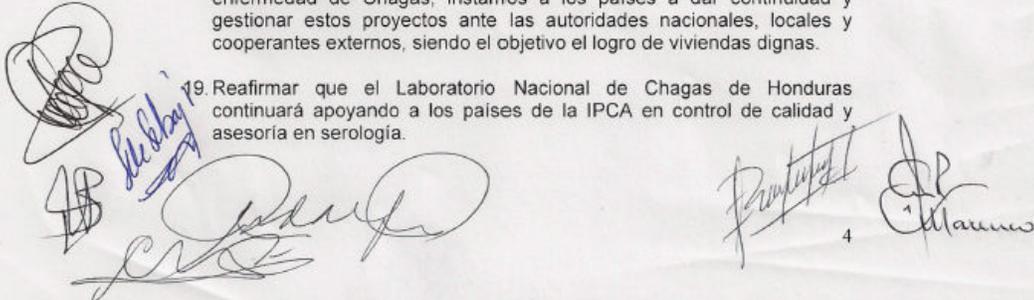
15. Continuar apoyando la encuesta sero-epidemiológica de escolares en Belice, con énfasis en fortalecimiento del componente diagnóstico en el laboratorio.

16. Nicaragua, Belice, Guatemala y Honduras solicitan apoyo técnico para la actualización de las normas técnicas de atención al paciente.

17. Nicaragua, Belice, Guatemala y Honduras solicitan apoyo técnico para la actualización de las normas técnicas de vigilancia y control.

18. Basados en la experiencia de los programas de mejoramiento o reposición de las viviendas como herramienta de control de la enfermedad de Chagas, instamos a los países a dar continuidad y gestionar estos proyectos ante las autoridades nacionales, locales y cooperantes externos, siendo el objetivo el logro de viviendas dignas.

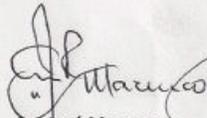
19. Reafirmar que el Laboratorio Nacional de Chagas de Honduras continuará apoyando a los países de la IPCA en control de calidad y asesoría en serología.



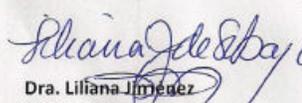
4

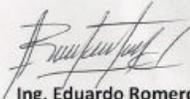
20. La CI hace público su reconocimiento y agradecimiento la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) por los aportes técnico y financieros en la sub-región.
21. Instar a los países a celebrar el Día de Lucha contra la enfermedad de Chagas oficializado por la COMISCA en su 33ª. reunión.
22. Solicitar a la Secretaría Técnica de IPCA que traslade las recomendaciones de la XIII a RESSCAD y COMISCA
23. Se establece, como sede para la XIV reunión anual de IPCA en agosto de 2012, a Belice

Tegucigalpa, Honduras, 19 de agosto de 2011


Dr. José Marengo
Belice

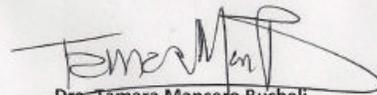

Dr. Mario Gatica
Guatemala


Dra. Liliana Jiménez
Costa Rica


Ing. Eduardo Romero
El Salvador


Dr. Concepción Zúñiga
Honduras


Dr. William Chacón
Nicaragua


Dra. Támara Mancero Bucheli
Secretaría Técnica IPCA
OPS/OMS



XI. ANEXOS

Anexo N° 1
CONCLUSIONES TRANSMISION VECTORIAL

SITUACIÓN	SITUACIÓN FORMAL	PAÍS	META (s)
Transmisión domiciliaria importante por <i>T. dimidiata</i>	ELIMINACION de <i>R. prolixus</i> CERTIFICADA	El Salvador	Definición de prioridades, sobre la base del riesgo de transmisión por <i>T. dimidiata</i> (establecido en función de la ocurrencia de casos de Enfermedad de Chagas Aguda ECA y existencia de colonización intradomiciliaria).
Transmisión interrumpida por <i>R. prolixus</i> y transmisión domiciliaria más o menos importante por <i>T. dimidiata</i>	INTERRUPCIÓN de la transmisión por <i>R. prolixus</i> CERTIFICADA	Guatemala	Actividades de control y vigilancia para optar a la Certificación de Eliminación de <i>R. prolixus</i> . Definición de prioridades, sobre la base del riesgo de transmisión por <i>T. dimidiata</i> (establecido en función de la ocurrencia de casos de ECA y existencia de colonización intradomiciliar.)
	INTERRUPCIÓN de la transmisión por <i>R. prolixus</i> CERTIFICADA	Honduras	Definición de prioridades, sobre la base del riesgo de transmisión por <i>T. dimidiata</i> (establecido en función de la ocurrencia de casos de ECA y existencia de colonización intradomiciliar.)
Con transmisión interrumpida por <i>R. prolixus</i> y transmisión más o menos importante por <i>T. dimidiata</i>	INTERRUPCIÓN de la transmisión por <i>R. prolixus</i> CERTIFICADA	Nicaragua	Definición de prioridades, con base del riesgo de transmisión por <i>T. dimidiata</i> (establecido en función de la ocurrencia de casos de ECA y de la existencia de colonización intradomiciliaria)
Ausencia de <i>R. prolixus</i> y transmisión poco importante o desconocida por <i>T. dimidiata</i>		Costa Rica	Exploración serológica para determinar la situación epidemiológica en áreas con sospecha de transmisión activa

			(conforme la estrategia de la "Ruta Inversa desarrollada por Honduras)
Ausencia de <i>R. prolixus</i> y transmisión conocida por vectores no domiciliados, "visitantes" <i>R. pallescens</i> y <i>T. dimidiata</i>		Panamá	<u>Ensayo y validación de métodos alternativos de intervención para el control físico de <i>R. pallescens</i>.</u>
Ausencia de <i>R. prolixus</i> y transmisión poco importante o desconocida por <i>T. dimidiata</i> .		Belice	<u>Encuesta serológica en menores de 15 años para determinar presencia o ausencia de transmisión activa en áreas de riesgo.</u>

|

Anexo N° 2

AGENDA

Décimo tercera reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas

**Tegucigalpa, Honduras
17 al 19 de agosto de 2011**

Miércoles, 17 de agosto de 2011		
7:45 – 8:00	Inscripción de los participantes	
8:00 - 8:10	Designación de Presidente y Relator de la XIII Reunión	Dra. Tamara Mancero Secretaria Técnica de la Iniciativa
8:10 - 8:20	Objetivos de la XIII Reunión de la IPCA	Dra. Tamara Mancero
8:20 - 8:40	Informe de estado de avances 2010-2011 de la situación epidemiológica y de control de la enfermedad de Chagas	Dr. Roberto Salvatella Asesor Regional del Programa de Chagas OPS
8:40 - 9:00	Presentación del Informe de la evaluación internacional 2010 al Programa Nacional de Chagas en Honduras para la certificación de la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas por el <i>Rhodnius prolixus</i>	Dr. Concepción Zúniga Delegado Honduras
9:00 - 9:20	Presentación del Informe de la evaluación internacional 2010 al Programa Nacional de Chagas en Nicaragua para la certificación de la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas por el <i>Rhodnius prolixus</i>	Dr. William Chacón Delegado Nicaragua
9:20 - 9:40	Presentación del informe para la certificación de verificación de la ausencia de <i>Rhodnius prolixus</i> en Costa Rica	Dra. Liliana Jiménez Delegada Costa Rica
9:40 – 10:10	Discusión	Dr. Roberto Salvatella
10:10– 10:30	Receso	
	Informe de avance de los países	Moderadora: Dr. Concepción Zuniga
10:30– 10:50	Belice	Dr. José Marengo
10:50- 11:10	Costa Rica	Dra. Liliana Jiménez
11:10- 11:30	El Salvador	Ing. Eduardo Romero
11:30- 11:50	Guatemala	Dr. Mario Gatica
11:50- 12:10	Honduras	Dr. Concepción Zúniga
12:10- 14:00	Almuerzo	
14:00- 14:30	Acto inaugural	Dr. Arturo Bendaña Secretario de Salud de

		Honduras Dra. Socorro Gross Sub-directora de la OPS/OMS
Continuación de Informe de avance de los países		Moderadora: Dra. Rosa Elena Mejía
14:30-14:50	Nicaragua	Dr. William Chacón
14:50-15:10	Panamá	No pudo asistir
15:10-16:30	Preguntas y respuestas	

Jueves 18 de agosto de 2011		
Desafíos de la Cooperación		Moderador: Dr. Carlos Ponce
8:00 – 8:20	JICA: Cooperación técnica en prevención y control de la Enfermedad de Chagas en Centroamérica	Dr. Toru Horie Asesor Principal del Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas en Guatemala
8:20 – 8:40	ACDI-Canadá: Cooperación bilateral en prevención y control de Chagas y Leishmaniasis en Honduras de 2002-2011	Dr. Carlos Rodríguez Asesor técnico de Salud – ACDI
8:20 – 8:40	Los desafíos subregionales en cooperación técnica en enfermedad de Chagas	Dra. Tamara Mancero
Nuevas propuestas de control antivectorial en la Subregión: nuevos desafíos en enfermedad de Chagas		Moderador: Dr. Rodrigo Zeledón
8:40 – 9:00	Eliminación de <i>Rhodnius prolixus</i> principal vector de <i>Trypanosoma cruzi</i> en Centroamérica y sur de México	Dr. Carlos Ponce
9:00 – 9:20	Informe de la Reunión Técnica en Materia de Control Vectorial. Nuevos Hitos y Propuestas para el Control de <i>Triatoma dimidiata</i> en Centroamérica. Tegucigalpa, Honduras, 26 y 27 de mayo de 2011	Dra. Carlota Monroy Universidad de San Carlos, Guatemala
9:20 – 9:40	Experiencia de un sitio de vigilancia epidemiológica con participación comunitaria para la prevención y control de la enfermedad de Chagas en Honduras	Dra. Bielka Pineda Secretaría de Salud, Honduras
Acceso a servicios de salud para el tratamiento etiológico de Chagas		Moderador: Dr. Miguel Aragón
9:40 – 10:00	Cobertura de Tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas en Argentina	Dr. Hector Freilij HRG Ministerio de Salud, Argentina
10:00-10:20	Receso	
10:20-10:40	Informe de MSF sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Chagas en la Subregión	Carolina Batista MSF
10:40-11:00	Revisión 1965 – 2011 de eventos adversos publicados o reportados al Centro de Uppsala	Dr. Pedro Albajar OMS

	en la utilización de Benznidazol y Nifurtimox para el tratamiento de la enfermedad de Chagas	
11:00 - 11:20	Gestión de suministros para enfermedad de Chagas.	Dra. Nora Girón Fondo Estratégico—OPS
11:00 -11:35	Prevención de enfermedades transmitidas por transfusión en Latino-américa, 1993-2010	Dr. Gabriel Schmunis Experto Argentina/USA
11:35– 12:10	Preguntas y respuestas	
12:10– 14:00	Almuerzo	
14:00 - 15:30	Elaboración de Acuerdos y Recomendaciones	
15.30 – 16:00	Receso	
16:00 - 17:00	Elaboración de Acuerdos y Recomendaciones	
1700: - 18:00	Lectura y Aprobación de Acuerdos y Recomendaciones (CTI)	Presidente XIII reunión Dr. Roberto Salvatella Dra. Tamara Mancero

Viernes 19 de agosto de 2011		
9:00 - 9:15	Apertura	
9:15 - 9:30	Lanzamiento del libro de la IPCA: “HISTORIA DE 12 AÑOS DE UNA INICIATIVA SUBREGIONAL 1998-2010”	Dra. Socorro Gross Subdirectora de la OPS
9:30- 10:40	Entrega oficial de la homologación de la Comisión Técnica Intergubernamental de IPCA a los logros de control de: Honduras Costa Rica Nicaragua	Lectura: Dra. Tamara Mancero Entrega: Dra. Socorro Gross Ministro de Salud - Honduras Delegada - Costa Rica Delegado - Nicaragua
10:40-11:10	Receso	
11:10 – 11:30	Homenaje al Dr. Gabriel Schmunis	Dra. Socorro Gross Subdirectora de la OPS Dra. Gina Watson Representante OPS/OMS Honduras
11:30 - 11:50	Homenaje especial a JICA	Dra. Socorro Gross Subdirectora de la OPS
11:50 - 12:10	Palabras de Agradecimiento JICA	Sr. Izumi Takashima Vicepresidente de JICA
12:10-12:30	Clausura de la XIII reunión de la IPCA	Dr. Arturo Bendaña Secretario de Salud de Honduras
Almuerzo		

Anexo N° 3

63.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA63.20

Punto 11.14 del orden del día

21 de mayo de 2010

Enfermedad de Chagas: control y eliminación

La 63.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la enfermedad de Chagas: control y eliminación;¹

Reconociendo que hay que abordar todas las vías de transmisión (es decir, vectores, transfusión, trasplante de órganos y vías vertical y oral) y que, en particular, hay que eliminar la transmisión vectorial doméstica en América Latina, entendiéndose por «eliminación» la interrupción estable de la transmisión doméstica;

Expresando su satisfacción por el considerable progreso alcanzado por los países hacia la meta de eliminar la enfermedad de Chagas, según lo recomendado por la resolución WHA51.14;

Destacando que en 2009 se conmemoró el centenario de la descripción de esta enfermedad por el Dr. Carlos Chagas;

Reconociendo el éxito logrado a través de las iniciativas intergubernamentales en América Latina y los progresos realizados por mediante las estrategias de control del vector;

Reconociendo el creciente número de casos de enfermedad de Chagas registrados en países en que la enfermedad no es endémica;

Teniendo en cuenta la necesidad de armonizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento;

Reconociendo la necesidad de proporcionar atención médica apropiada a las personas afectadas por la enfermedad de Chagas;

Destacando la necesidad de medicamentos más eficaces, seguros y adecuados, incluyendo formulaciones pediátricas, así como una mejor cobertura y distribución de las actualmente disponibles;

Recordando la resolución CD49.R19, adoptada por el 49.º Consejo Directivo de la OPS en 2009, en la que se instó a los Estados Miembros a que se comprometían con la eliminación o la reducción de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades relacionadas con la pobreza, incluida la enfermedad de Chagas, para que la enfermedad de Chagas deje de representar un problema de salud pública;

¹ Documento A63/17.

Reconociendo la colaboración y ayuda significativa entre los Estados Miembros y el apoyo de otros socios y apreciando su ayuda continua,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a redoblar esfuerzos para fortalecer y consolidar los programas de control nacionales, en particular en las zonas donde la enfermedad de Chagas ha resurgido, en los países endémicos y no endémicos, o establecerlos donde están ausentes;
- 2) a establecer mecanismos para asegurar la cobertura amplia de las medidas de control adecuado, incluyendo la promoción de condiciones de vida dignas y saludables, la prevención y la integración de las acciones específicas dentro de los servicios de salud basados en la atención primaria, junto con el fortalecimiento de la participación comunitaria;
- 3) a armonizar los sistemas y reforzar las capacidades para la vigilancia, la recolección y el análisis de datos, y la difusión de información;
- 4) a integrar la atención de las personas que padezcan formas agudas y crónicas de la enfermedad de Chagas en los servicios de atención primaria;
- 5) a reforzar el suministro de los tratamientos existentes en los países endémicos a fin de lograr el acceso universal;
- 6) a promover e incentivar la investigación operacional sobre el control de enfermedades de Chagas:
 - a) para interrumpir la transmisión por insectos vectores domésticos mediante su control y eliminación;
 - b) para promover el desarrollo de medicamentos que sean más apropiados, seguros y asequibles;
 - c) para promover el desarrollo de una prueba de curación válida y accesible;
 - d) para reducir el riesgo de las complicaciones tardías de la infección;
 - e) establecer sistemas de detección temprana, particularmente para el diagnóstico temprano de nuevas infecciones, de la infección congénita en el recién nacido, y de la reactivación de la infección en pacientes inmunocomprometidos;
 - f) para optimizar la seguridad de las transfusiones sanguíneas y los procedimientos de tamizaje en los países endémicos y considerar la posibilidad de establecer procedimientos de tamizaje en los países no endémicos;
- 7) a reforzar y armonizar las políticas de salud pública a fin de reducir la carga de enfermedad de Chagas, especialmente en los países en que la enfermedad no es endémica;
- 8) a promover el desarrollo de medidas sanitarias públicas en los países endémicos y en los países no endémicos, centrándose en especial en las zonas endémicas, para la prevención de la

transmisión por transfusión de sangre y trasplante de órganos, el diagnóstico temprano de la transmisión congénita y el manejo de los casos;

9) a integrar en el nivel de atención primaria el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas en los pacientes, tanto en la fase aguda como en la fase crónica de la enfermedad;

2. PIDE a la Directora General:

1) que llame la atención sobre la carga de la enfermedad de Chagas y la necesidad de proporcionar acceso equitativo a los servicios médicos para el manejo y la prevención de la enfermedad;

2) que fortalezca la implementación de las actividades del control del vector para alcanzar la interrupción de la transmisión doméstica de *Trypanosoma cruzi* y promover la investigación para el mejoramiento o desarrollo de nuevas estrategias de prevención;

3) que en las zonas donde la enfermedad de Chagas es endémica promueva la adopción de medidas para detectar donantes infectados en bancos de sangre a fin de integrar estrategias en materia de seguridad de la sangre;

4) que apoye a los países de las Américas para fortalecer las iniciativas intergubernamentales y la secretaría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana como modalidad exitosa de cooperación técnica entre países, y que estudie una posible iniciativa de prevención y control de la enfermedad de Chagas en las regiones no endémicas;

5) que colabore con los Estados Miembros y las iniciativas intergubernamentales a fin de establecer objetivos y metas para la interrupción de la transmisión, en particular de la transmisión vectorial doméstica en los países de América Latina;

6) que apoye la movilización de recursos financieros y humanos, nacionales e internacionales, públicos y privados para garantizar el cumplimiento de las metas;

7) que promueva la investigación referente a la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas;

8) que promueva el despliegue de esfuerzos intersectoriales y la colaboración, y que facilite el establecimiento de redes entre organizaciones y asociados interesados en apoyar el desarrollo y el fortalecimiento de los programas de control de la enfermedad de Chagas;

9) que informe a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre el progreso en la eliminación de la enfermedad de Chagas.

Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010
A63/VR/8

Anexo N° 4



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



50.º CONSEJO DIRECTIVO
62.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010

CD50.R17 (Esp.)
ORIGINAL: ESPAÑOL

RESOLUCIÓN

CD50.R17

**ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN, EL CONTROL
Y LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS**

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado documento CD50/16, *Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas*, y tomando en consideración:

- que existen mandatos y resoluciones anteriores de la Organización Panamericana de la Salud, como la resolución CD49.R19 del 49.º Consejo Directivo (2009), *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza*, y la resolución WHA63.20 de la Asamblea Mundial de la Salud (2010), *Enfermedad de Chagas: control y eliminación*;
- la necesidad de cumplir la “agenda inconclusa”, ya que la proporción de la población afectada sigue siendo alta entre los más pobres y los pueblos más marginados de las Américas, y de abordar los determinantes de la salud para reducir la carga sanitaria, social y económica que representa la enfermedad de Chagas;
- la vasta experiencia de la Región de las Américas en la implementación de estrategias para la eliminación de enfermedades transmisibles y los progresos logrados en la reducción de la carga que significa la enfermedad de Chagas, para

cuya prevención y control existen intervenciones de salud pública adecuadas y efectivas en función del costo;

- los logros obtenidos por los Estados Miembros por medio de las iniciativas subregionales de prevención y control de la enfermedad de Chagas, pero consciente de la necesidad de ampliar las acciones existentes,

RESUELVE:

1. Respalda la Estrategia y aprueba el Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) revisen los planes nacionales o establezcan nuevos planes para la prevención, el control y la optimización del acceso a la atención médica de la enfermedad de Chagas con un enfoque integral que abarque los determinantes sociales de la salud, tomando en cuenta la colaboración interprogramática y la acción intersectorial;
 - b) fortalezcan y privilegien el ámbito de las iniciativas subregionales de prevención y control de la enfermedad de Chagas, incorporando a las mismas el componente de atención médica a los afectados, para seguir avanzando mediante la cooperación técnica entre países hacia el logro de los objetivos propuestos;
 - c) provean los recursos necesarios e implementen la Estrategia y el Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas;
 - d) multipliquen esfuerzos para alcanzar la meta ya establecida de eliminación de la transmisión vectorial de *T. cruzi* para el año 2015, así como para actuar sobre las vías de transmisión transfusional, transplacentaria, por donación de órganos y otras;
 - e) pongan en práctica las estrategias de prevención, diagnóstico, atención médica, tratamiento y control vectorial de una manera integrada, con amplia participación comunitaria, de manera que contribuyan al fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, incluidos la atención primaria de salud y los sistemas de vigilancia, y de alerta y repuesta, teniendo en cuenta las particularidades de género y de los grupos étnicos;
 - f) apoyen las investigaciones tendientes a suministrar evidencia científica apropiada en las áreas de control, vigilancia, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de

Chagas para alcanzar las metas establecidas en la presente Estrategia y Plan de acción, con énfasis en el desarrollo de pruebas diagnósticas asequibles y oportunas, incluida la prueba de cura, y medicamentos más seguros; y estudien y, cuando proceda, promuevan una variedad de planes de incentivos para las actividades de investigación y desarrollo, incluso abordando, cuando proceda, la desvinculación del costo de las actividades de investigación y desarrollo, y del precio de los medicamentos, por ejemplo, mediante la concesión de premios.

3. Solicitar a la Directora:
 - a) que apoye la ejecución de la Estrategia y el Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas y provea la cooperación técnica necesaria a los países para la preparación y ejecución de los planes nacionales de acción;
 - b) que continúe abogando por una movilización activa de los recursos y promueva la colaboración estrecha para forjar alianzas que respalden la aplicación de esta resolución, caso del fondo fiduciario destinado a apoyar la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas relacionadas con la pobreza como se cita en la resolución CD49.R19 (2009);
 - c) que promueva la identificación, el diseño y la aplicación de intervenciones basadas en datos fidedignos que sean técnica y científicamente sólidas;
 - d) que promueva la investigación y el desarrollo científico relacionados con los instrumentos, estrategias, tecnologías y métodos nuevos o perfeccionados para prevenir y controlar la enfermedad de Chagas y sus consecuencias;
 - e) que refuerce los mecanismos regionales para mejorar el acceso y la distribución del tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas y estimule nuevos avances en esta materia, para superar barreras y dificultades en materia de accesibilidad al tratamiento;
 - f) que promueva y fortalezca la cooperación técnica entre los países y la generación de alianzas estratégicas para llevar a cabo actividades dirigidas a la eliminación de la enfermedad de Chagas como problema de salud pública;
 - g) que brinde su apoyo al fortalecimiento de la atención primaria de salud, así como al seguimiento y la evaluación de los planes nacionales de acción.

(Novena reunión, 1 de octubre del 2010)

Anexo N° 5

LISTA DE PARTICIPANTES

MIEMBROS DE LA COMISIÓN TÉCNICA INTERGUBERNAMENTAL

BELICE

Dr. JOSE A. MARENCO

Director Environmental Health

E-mail: jmarenc@health.gov.bz

COSTA RICA

Dra. LILIANA JIMENEZ

E-mail: ljimenez4@gmail.com

EL SALVADOR

Ing. EDUARDO ROMERO

Jefe Programa Chagas El Salvador

MSPAS

E-mail: eromerochevez@yahoo.es

GUATEMALA

Dr. MARIO A. GATICA

Coordinador Subprograma de Chagas

MSPAS

E-mail: chagatica@gmail.com

HONDURAS

Dr. CONCEPCIÓN ZUNIGA

Jefe Programa Nacional de Chagas

Secretaría de Salud

E-mail: concepcionzuniga@gmail.com

NICARAGUA

Dr. WILLIAM A. CHACÓN

Coordinador Componente Chagas

MINSAs

E-mail: drwchacon@hotmail.com

INVITADOS ESPECIALES

Dr. GABRIEL SCHMUNIS

Consultor Independiente

Washington DC/Argentina

Dr. RODRIGO ZELEDON

Investigador UCR

San José, Costa Rica

Dra. CARLOTA MONROY

Investigadora, Universidad San Carlos de Guatemala

Dra. CAROLINA BATISTA

MSF/ Brasil

Dr. HECTOR FREILIJ
Ministerio de Salud, Argentina

Sr. IZUMI TAKASHIMA
Vicepresidente de JICA
Tokio, Japón

Lic. AKIHICO YAMADA
Director de JICA en Honduras

Lic. SHIFEI KAKU
Embajador de El Japón en Honduras

Dr. CARLOS RODRIGUEZ
Asesor ACIDI-UAP, Honduras

Dra. BIELKA PINEDA
Secretaría de Salud de Honduras
Dolores, Intibucá

Dra. VIRGINIA FIGUEROA
Ex Viceministra de Salud, Honduras

Lic. ELIAS LIZARDO
Ex Ministro de Salud, Honduras

Dr. HUMBERTO COSENZA J.
Investigador, Honduras

Dr. MANUEL SIERRA
Investigador Universidad Nacional, Honduras

Dra. JACKELINE ALGER
Investigadora Hospital Escuela, Honduras

Lic. MOISES STARKMAN
Ex Secretario de Cooperación, Honduras

Dr. HENRY ANDRADE
Secretaría de Salud, Honduras

Dra. ELIZABETH VINELLI
Cruz roja Hondureña

Lic. DONALDO OCHOA
Consultor Independiente

Ing. JUAN DE DIOS SALOMÓN
PRV-Chagas FHIS

Dr. MARIO RENE NAJERA
Director Promoción de la Salud, Honduras

PARTICIPANTES SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS

Lic. MARCO TULIO TREJO
Programa Nacional Enfermedad de Chagas

TSA RAMON ROSALES
Programa Nacional Enfermedad de Chagas

Ing. MAURICIO ZUNIGA
Programa Nacional Enfermedad de Chagas

Ing. HIDEME KIBE
Programa Nacional Enfermedad de Chagas

Lic. EDWIN ROSALES
Programa Nacional Enfermedad de Chagas

TI JESSICA BARRIENTOS
Programa Nacional Enfermedad de Chagas

SUYAPA ALVARADO
Programa Nacional Enfermedad de Chagas

Dra. ROSA ELENA MEJIA
Nivel Central

Dra. JESSICA HENRÍQUEZ
Nivel Central

Dra. ADELA ZELAYA
Nivel Central

Licda. YESENIA HERCULANO
Nivel Central

Licda. KARINA ARTEAGA
Nivel Central

Dra. GLORIA FAJARDO
Departamento de Copán

Lic. ANTONIO ZALDIVAR
Departamento de Copán

LUIS PERDOMO
Técnico de Programa
Departamento de Copán

MODESTO MEJIA
Técnico de Programa
Nivel Central

Dr. PABLO LOPEZ
Departamento de Francisco Morazán

TSA FRANCISCO AVILA
Departamento de Francisco Morazán

Dr. YOVANY CARDONA

Departamento de Intibucá

TSA ROGER REYES

Departamento de Intibucá

Dr. OSCAR ARMANDO AMAYA

Departamento de La Paz

TSA OSCAR ORLANDO GARCIA

Departamento de La Paz

TSA MARTIN RAMÍREZ

Departamento de Olancho

Dra. OFELIA MARTÍNEZ

Departamento de Olancho

Dr. BENJAMÍN LÓPEZ

Departamento de Santa Bárbara

TSA ADÁN PAVÓN

Departamento de Santa Bárbara

Dra. SUYAPA DOMÍNGUEZ

Departamento de Yoro

TSA JIMMY MADRID

Departamento de Yoro

TSA ROSSEL LÓPEZ

Departamento de Yoro

Dr. DOUGLAS AVELAR

Departamento de Choluteca

Dra. CARMINDA SOSA

Departamento de El Paraíso

TSA ALEXIS CASTELLANOS

Departamento de El Paraíso

JUAN MARTÍNEZ

Departamento de El Paraíso

Dr. CARLOS PONCE GARAY

Consultor Independiente

Licda. ELISA MAYEN

Colaboradora Programa Chagas,

FIDELIA ZUNIGA

COTEDIH

ENRIQUE ZELAYA
COTEDIH

KARLA RIVERA DÍAZ
IAV

Ing. JORGE MARTÍNEZ
Visión Mundial

Licda. IVETT MARTÍNEZ
Visión Mundial

Licda. KAROLINE PACHECO SUAZO
SEPLAN

Licda. CARMEN HERNÁNDEZ
CARE

Dra. EDNA MARADIAGA
UNAH

Dr. WILFREDO SOSA
UNAH

Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

MAJO CHJYO
Jica/ Tokio

NAOKO UEDA
JICA/Tokio

YUKO YAGU
JICA/Tokio

JICA/Nicaragua

Dr. TOSHUIHIKO MATSUKI
Proyecto de Chagas

Dr. KOTA YOSHIDA
Asesor Técnico Proyecto

Licda. YUKO HISHIDA
Coordinadora Proyecto Chagas

Dra. DORIBEL TERCERO E.
Consultor Proyecto Chagas

Dr. BYRON PEREZ
Consultor Proyecto Chagas

Voluntarios JICA

FUMI YAMAMOTO

MARIKO SASAHARA

ASAMI KANAKUTSU

SATOKO ISHIDA

NAOKO MIYANOHARA

JICA/Guatemala

Dr. TORU HORIE
Proyecto JICA Chagas

Lic. JIRO NAKAMURA
Proyecto JICA Chagas

Voluntarios JICA

TOSHIE OIKAWA

YUKIKO HANAMURA

YUKIE YAGETA

JICA/Honduras

SAKIKO WATANABE

IRMA GÓMEZ

ORGANIZACION PANAMERICAN DE LA SALUD (OPS)
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

Dra. SOCORRO GROSS
Subdirectora OPS

Dra. GINA WATSON
Representante OPS/OMS en Honduras

Dr. ROBERTO SALVATELLA
Asesor Regional Programa Chagas
OPS/ Uruguay

Dra. TAMARA MANCERO
Asesora OPS-OMS-Honduras
Secretaria Técnica de la IPCA

Dr. PEDRO ALBAJAR VIÑAS
Asesor OMS- Ginebra

Dra. NORA GIRON
Asesora OPS/OMS en Honduras

Dr. MIGUEL ARAGON
Consultor OPS/OMS El Salvador

Dr. HANS SALAS
Consultor OPS/OMS Guatemala

Sr. JOSÉ PEREZ
Asesor OPS-OMS Belice

Sec. MARLIN ELVIR
Representación OPS/OMS Honduras

Sec. LUCY CERRATO
Representación OPS/OMS Honduras

Anexo N° 6

GALERIA DE FOTOGRAFIAS



Mesa Principal del Acto Inaugural: De izquierda a derecha, Dra. Gina Watson, Representante OPS/OMS en Honduras; Dra. Socorro Gros, Subdirectora de OPS; Dr. Arturo Bendaña, Secretario de Salud de Honduras; Lic. Izumi Takashima, Vicepresidente de JICA; Lic. Akihico Yamada, Director de JICA en Honduras



Invitados y Participantes en la XIII Reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas (IPCA)



El Dr. Aturo Bendaña Recibe de la Dra. Socorro Gross la Certificación de Eliminación de la Transmisión de *Trypanosoma cruzi* por el vector *Rhodnius prolixus* en Honduras, acompañado por la Dra. Gina Watson, el Lic. Izumi Takashima y el Lic. Akihico Yamada



El Dr. William Chacón Delegado de Nicaragua, recibe de la Dra. Socorro Gross y la Dra. Gina Watson la Certificación de Eliminación de la Transmisión de *Trypanosoma cruzi* por el vector *Rhodnius prolixus* en Nicaragua



La Dra. Liliana Jiménez, Delegada de Costa Rica recibe de la Dra. Socorro Gross, La Certificación de Verificación de Ausencia del vector *Rhodnius prolixus* en Costa Rica



La Dra. Socorro Gross Subdirectora de OPS hace entrega de Placa de Reconocimiento al Dr. Gabriel Schmunis por sus grandes aportes al conocimiento, al estímulo y apoyo en la prevención y control de la enfermedad de Chagas



El Dr. Gabriel Schmunis, acompañado por el Dr. Arturo Bendaña, Secretario de Salud de Honduras; Dra. Socorro Gross, Subdirectora de OPS; Dra. Gina Watson, Representante de OPS/OMS en Honduras; Lic. Izumi Takashima, Vicepresidente de JICA; Lic. Akihico Yamada, Director de JICA en Honduras y Lic. Shifei Kaku, Embajador del Japón en Honduras



La Dra. Socorro Gross, Subdirectora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hace entrega de Placa de Reconocimiento al Lic. Lic. Izumi Takashima, Vicepresidente de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)



El Lic. Lic. Izumi Takashima, Vicepresidente de JICA acompañado por Dra. Socorro Gross, Subdirectora de OPS; Dra. Gina Watson, Representante de OPS/OMS en Honduras; Lic. Akihico Yamada, Director de JICA en Honduras y Lic. Shifei Kaku, Embajador del Japón en Honduras



Dra. Tamara Mancero Bucheli, Secretaria Técnica de la Iniciativa de los Países de Centroamérica para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas (IPCA)