

DEFENSOR DEL PUEBLO DE LA NACIÓN

DIRECCIÓN DE DERECHOS SOCIALES

AREA DE SALUD, ACCIÓN SOCIAL, EDUCACIÓN Y CULTURA (II)

***ESTADO DE SITUACIÓN de la ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA. PROGRAMA NACIONAL DE CHAGAS.**

-2010/2011-

Investigación realizada en el trámite de la actuación de oficio N° 0489/10 caratulada "DEFENSOR DEL PUEBLO DE LA NACIÓN sobre medidas implementadas por las autoridades en la lucha contra el mal de Chagas"

BUENOS AIRES, NOVIEMBRE 2012

**ESTADO DE SITUACIÓN de la ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA EN LA
REPÚBLICA ARGENTINA. PROGRAMA NACIONAL DE CHAGAS.**

2010-2011

DEFENSOR DEL PUEBLO DE LA NACIÓN
Adjunto I, a cargo, Dr. Anselmo A. SELLA

DIRECCIÓN DE DERECHOS SOCIALES
Director Dr. Horacio ESBER

AREA DE SALUD, ACCIÓN SOCIAL, EDUCACIÓN Y CULTURA (II)
Jefe Dra. Mónica Teresita del Cerro

EQUIPO DE TRABAJO
Dra. Norma PATITUCCI
Dra. Mónica Teresita del Cerro

***ESTADO DE SITUACIÓN de la ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA. PROGRAMA NACIONAL DE CHAGAS.**

- **1.-** *Introducción.*
- **2.-** *Marco Teórico. 'Lucha contra el Mal de Chagas'. Situación General. Sumario. Distribución. Morbilidad. Impacto Económico. Prevención y Control. Evaluación.*
- **3.-** *Estado del problema. Transmisión. Vectorial. No Vectorial. Fases de la enfermedad de Chagas. Síntomas de la enfermedad.*
- **4.-** *Normativa aplicable -2006/2012-.*
- **5.-** *Normativa aplicable en las provincias.*
- **6.-** *Metodología para la obtención de datos. Trámite de la Investigación.*
- **7.-** *Aspectos operativos, relación, acciones y coordinación entre el Estado Nacional, las provincias y demás Jurisdicciones.*
- **8.-** *Provincias según Riesgo Alto, Medio, Bajo y Sin Riesgo.*
- **9.-** *Transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas. Su control y medidas adoptadas. Información proveniente de cada Jurisdicción según Riesgo sobre viviendas tratadas.*
- **10.-** *Otras formas de transmisión de la enfermedad de Chagas. Transmisión trasplacentaria. Transmisión transfusional. Transmisión por trasplante de órganos. Transmisión por accidentes de laboratorio. Transmisión oral. Transmisión por leche materna y por transmisión sexual. Información proveniente de las provincias según Riesgo sobre otras formas de Transmisión.*
- **11.-** *Medidas de Capacitación y Comunicación Social. Información proveniente de cada Jurisdicción según Riesgo.*
- **12.-** *Día Nacional por una Argentina sin Chagas. Certificación y Recertificación.*
- **13.-** *Consideraciones Finales. Consideraciones Generales. Consideraciones Particulares. Primera Parte. Segunda Parte.*

1.-Introducción:

El presente informe tiene como propósito establecer cuál es el escenario planteado en Argentina en el período 2010/2011, período dentro del cual se solicitó y se obtuvo la información disponible para su elaboración. Para ello era necesario conocer el estado de situación en la República Argentina del Programa Nacional de Chagas¹.

2.-Marco Teórico: 'LUCHA CONTRA EL MAL DE CHAGAS'

Con carácter previo a considerar la situación del '*mal de Chagas-Mazza*', en **Argentina**, se ha estimado pertinente conocer cuál es el escenario que plantea la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* a través del Informe elaborado en 2010, referido particularmente a América Latina, relacionado con *enfermedades tropicales desatendidas*, entre las que se encuentra esta patología.

'Trabajando para subsanar el impacto global de las enfermedades globales desatendidas'²

'Primer informe de la OMS sobre enfermedades tropicales desatendidas/2010'³

Parte 2. '5.-Enfermedades tropicales desatendidas hoy en el mundo'

5.7 Mal de Chagas.

2.a.-Situación General. Sumario: *El Mal de Chagas persiste en la Región de las Américas, sin perjuicio de que el número de personas infectadas ha caído de 20 millones en 1981 a alrededor de 10 millones para 2009. El riesgo de transmisión en América Latina se redujo a través de la introducción de medidas tendientes al control del vector, como así mediante la realización de transfusiones seguras y otras.*

Los movimientos migratorios llevaron la enfermedad hacia regiones donde esta enfermedad era desconocida.

Además de la modalidad conocida de transmisión, existen otras maneras de transmisión que incluyen las transfusiones de sangre contaminada; transmisión oral por medio de comida contaminada; transmisión vertical y a través del trasplante de órganos.

2.b.-Distribución.

Se estima que alrededor de 10 millones de personas en el mundo están infectadas por el *Tripanosoma Cruzi*, principalmente en las áreas endémicas de 21 países Latinoamericanos: *Argentina, Belice, Venezuela, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, la Guyana Francesa, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Bolivia, Suriname y Uruguay.*

¹ Vgr. Enfermedad de Chagas-Mazza, leyes Nos. 22581, de transferencia, 26281 y 26.279.

² Vgr. 'Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases'

³ Vgr. 'First WHO report on neglected tropical diseases'

Durante cientos de años, la enfermedad de Chagas fue conocida sólo en la Región de las Américas, mayormente en Latinoamérica donde se trata de una enfermedad endémica. En la últimas décadas se ha detectado en otros países no endémicos de la misma Región, tales como *Canadá y los Estados Unidos de Norte América, la región oeste del Pacífico, mayormente en Australia y Japón, en Europa: Bélgica, Francia, Italia, España, Suiza y el Reino Unido, pero también en Austria, Croacia, Dinamarca, Alemania, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Portugal, Rumania y Suecia.*

La presencia del Mal de Chagas fuera de Latinoamérica es el resultado de la movilidad de las poblaciones así como del notable incremento de las migraciones, habiéndose verificado casos en turistas que retornaron a América Latina e incluso en niños adoptados. La transmisión ocurre también a través de transfusiones de sangre, verticalmente o debido a trasplante de órganos.

2.c.-Morbilidad.

El Chagas muestra dos fases. Inicialmente, la mayoría de los casos son asintomáticos o presentan sintomatología no específica. El primer síntoma puede verificarse a través de una lesión en la piel (*chagoma de inoculación*) o el producido por su principal vector, la *vinchuca* en el momento en el que el mismo succiona sangre en la zona periorbital, y se produce la entrada del parásito a través de la conjuntiva que implica hinchazón de los párpados, conocido como el *signo de Romana*.

La enfermedad puede ser más severa en *niños menores de 2 años, ancianos, personas inmunosuprimidas o en individuos infectados por un alto grado de parásitos.* En *personas con HIV*, la meningoencefalitis es la manifestación más frecuente.

La segunda, es decir, la fase crónica de la enfermedad, es aquella donde se verifican parásitos alojados especialmente en el *corazón y los músculos digestivos.* Afecciones cardíacas ocurren en más del 30% de los pacientes, presentándose desórdenes en la conducción eléctrica del sistema cardíaco, arritmia, fallas y embolias cardíacas, lesiones digestivas (en el esófago y el colon), particularmente observadas al sur del Amazonas. Las formas mixtas, aquellas donde se presentan disfunciones cardíacas y digestivas, afecta a más del 10% de los pacientes. Se estima que alrededor de 10.000 muertes anuales se producen a consecuencia del Mal de Chagas.

En áreas donde la transmisión a través del vector es domiciliaria, es típica la infección de los niños y niñas menores de 5 años. En otras donde no existe esta clase de transmisión, la infección es detectada en edades más avanzadas, usualmente vinculadas con actividades como la agricultura, la pesca o la caza, dada la exposición que estas tareas generan respecto del vector. No hay un género que predomine para la enfermedad, pero existen variaciones locales, dependiendo de la exposición a distintas rutas de transmisión. Los efectos

incapacitantes y la mortalidad del Chagas, ha sido uno de los problemas más significativos para la salud pública en Latinoamérica.

2.d.-Impacto Económico.

El costo del tratamiento de la *enfermedad de Chagas* es sustancial, aún cuando hay gente que no recibe el tratamiento y cuidados adecuados. Un estudio reciente realizado en *Colombia* determina que el promedio del costo anual, por paciente crónico, asciende a *u\$s1028*. En promedio el costo estimado de un tratamiento de por vida para un paciente crónico es de *u\$s11619*. Sin considerar el número de pacientes infectados que no han mostrado alteraciones crónicas, estos son atendidos por el sistema de salud; indicando el mismo estudio que el costo del cuidado médico ronda los *u\$s267 millones* por año. Las actividades de rociado cuestan cerca de *u\$s5 millones* anuales.

2.e.-Prevención y control.

Ha habido iniciativas efectivas, tanto nacionales como internacionales en el control de la enfermedad de Chagas, algunas verificadas en el Cono Sur; Centro América; otras tales como el *Pacto Andino* y la *iniciativa Amazónica*, todas contando con la colaboración de la OPS, lo cual impulsó una reducción sustancial en la transmisión que se produce a través del vector en los países de Cono Sur, como es el caso de *Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Bolivia y Uruguay*. Adicionalmente, el riesgo de transmisión transfusional se ha visto –fuertemente-reducido en Latinoamérica.

Sostener y consolidar los avances realizados en el control de la enfermedad, incluyendo los efectuados en áreas de baja endemicidad, dependerá de mantener el interés y los recursos de salud pública aplicados a tales propósitos. Programas de vigilancia y control deben ser capaces de adaptarse a nuevos escenarios epidemiológicos, aplicando el mismo esfuerzo. La vigilancia epidemiológica es de suma importancia para detectar si la enfermedad se presenta en zonas previamente consideradas *libres de Chagas*. Es igualmente importante detectar la reaparición en regiones donde el control ha sido progresivo, áreas como la provincia del Chaco, en *Argentina*, y en *Bolivia*. Empero la vigilancia puede complicarse si la población extradoméstica de vectores genera resistencia a los insecticidas con que se realiza el rociado.

La aparición de la enfermedad de Chagas en zonas consideradas no endémicas, resulta del incremento de la movilidad de la población proveniente de Latinoamérica hacia el resto del mundo, lo cual representa un verdadero desafío para la salud pública. Su presencia en lugares donde los profesionales tienen escasos conocimientos o poca experiencia al respecto, como así sobre los instrumentos de control, deberá atenderse adecuadamente.

Vectores capaces de transmitir el *T. Cruzi*, fueron identificados desde el siglo 18 a través de las rutas marítimas hacia sectores de África, Medio Oriente, el sur y este

de Asia y en el Pacífico oeste, incrementándose las posibilidades de transmisión en áreas previamente no endémicas. En suma, la expertise relativa a la enfermedad del Chagas debe sostenerse.

El tratamiento parasitológico debe indicarse con urgencia en la primera etapa y en los inmunosuprimidos. En tanto en la etapa inicial la medicación es efectiva al 100% y la enfermedad puede ser completamente curada. La eficacia decrece cuando la infección persiste. Adicionalmente puede ocurrir que en la fase crónica manifestaciones cardíacas severas o digestivas requieran tratamiento específico. Los efectos colaterales son menos frecuentes en los pacientes jóvenes. El tratamiento parasitológico es indicado en bebés que presentan infección congénita y en pacientes en la fase crónica temprana. En los adultos debe realizarse tratamiento parasitológico, pero los potenciales beneficios en casos de larga duración de estos pueden acarrear frecuentemente efectos colaterales.

Los medicamentos que se utilizan para el tratamiento del Chagas están contraindicados durante el embarazo, y ante problemas de hígado o riñón y también en caso de desórdenes psiquiátricos o neurológicos.

No existe aún una vacuna que prevenga la enfermedad de Chagas. Sin perjuicio de ello, dependiendo del área geográfica de que se trate, las siguientes herramientas resultan útiles para su prevención y control, a saber: el fumigado para el control del vector, mejoras en los hogares, tales como revocar las paredes y la instalación de pisos de concreto y techos de hierro corrugado, la utilización de mosquiteros y las prácticas higiénicas. Otra medida preventiva es el testeo de la sangre de los dadores; como el estudio de los órganos, tejidos y células para trasplante.

La llave para prevenir la transmisión vertical es el diagnóstico de la mujer embarazada y la detección temprana en neonatos (prevención secundaria). Para la prevención de accidentes en laboratorios se requiere el uso de protocolos de seguridad (uso de batas, guantes, mascarás, gorras y anteojos). En cuanto al consumo de alimentos, deben adoptarse buenas prácticas de manufactura para evitar la transmisión de la enfermedad a través de la ingesta de estos.

2.f.-Evaluación.

El sostenimiento del progreso realizado en materia de control del Chagas va a depender del compromiso político y de la aplicación de recursos de la salud pública para atenderla. La Resolución EHA 63.20, adoptada por la 63 Asamblea Mundial de Salud, en mayo de 2010, urge a aquellos Estados Miembro, donde la enfermedad es tanto endémica como no endémica, a controlar todas las vías de transmisión (*vectores, transfusiones, trasplante de órganos, vertical y otras formas de contagio orales*) e integrar el control de los pacientes en cualquier etapa clínica de la enfermedad dentro de los servicios de atención primaria de la salud.

Se ha solicitado a la OMS facilitar el trabajo en red a nivel global y reforzar las capacidades regionales y nacionales enfocándolas hacia el fortalecimiento de la

vigilancia epidemiológica de la enfermedad de Chagas y a prevenir sus formas de transmisión, promoviendo el acceso temprano a su diagnóstico y tratamiento. La OMS ha sido requerida también a colaborar con los Estados Miembro en iniciativas intergubernamentales con el ánimo de establecer objetivos como la prevención y el control de la enfermedad, promover la investigación asociada a la prevención, control y cuidado para lograr el avance de esfuerzos intersectoriales y colaborativos, para sostener la movilidad de recursos públicos y privados, tanto económicos como humanos, destinados a lograr los objetivos perseguidos.⁴

3.-Estado del problema:

La enfermedad de CHAGAS continúa siendo la principal endemia en la República Argentina, además de una de las principales *enfermedades parasitarias* que afecta principalmente gran parte de América.

La enfermedad de Chagas es una afección parasitaria, producida por el *Tripanosoma cruzi* y transmitida principalmente por la vinchuca infectada⁵. Este insecto habita en lugares precarios, donde vive gente de pocos recursos, en poblaciones muchas veces aisladas. Cuando pica, lo hace en silencio y su picadura no duele.

La dolencia de Chagas o Tripanosomiásis americana se produce por la infección con *Trypanosoma Cruzi*, parásito unicelular, que se transmite a través de un insecto hematófago.

El enfermo, en ocasiones, no sabe que lo está y en otras muere sin saberlo. El primer paso para tratar a una persona enferma de Chagas es saber que está enferma.⁶

El *parásito Triatoma Cruzi* entra al tubo digestivo del insecto dentro del cual se divide activamente, el parásito pica y deposita sus heces mientras succiona sangre, a pocos milímetros de la picadura.⁷

Es decir la vinchuca debe estar infectada para poder transmitir la enfermedad. Sólo si se alimentó previamente de una persona o animal, con *trypanosomas* en su sangre⁸ transmite la enfermedad. Como el insecto para poder digerir la nueva sangre debe vaciar su contenido intestinal, defeca cerca de picadura, el escozor obliga al rascado y la consecuente lesión de la piel, posibilita la introducción del parásito al torrente sanguíneo⁹.

⁴ Traducido paracialmente para este trabajo.

⁵ *Triatoma infestans*.

⁶ Conf. ALCHA-Asociación de Lucha contra el Mal de Chagas.

⁷ Conf. Ministerio de Salud de la Nación.

⁸ Vgr. Al succionar la sangre, el parásito ingresa y se reproducen en su intestino.

⁹ Conf. Fundación Cardiológica Argentina.

Argentina es el tercer país en el mundo con prevalencia serológica de Chagas. Se estima el **4 %** de la población de **Argentina** tiene Chagas, después de **Bolivia (18%)** y **Paraguay (9,2%)**.

Existe una variabilidad importante de las cifras, de acuerdo con las zonas de diferentes endemicidad. El porcentaje de personas infectadas no es igual en todas las provincias, sino que varía entre el **1,1 %** de personas con Chagas en **Río Negro**¹⁰ y un **35,5 %** en **Santiago del Estero**¹¹

Es por ello, que las autoridades sanitarias han sectorizado a las provincias argentinas según el riesgo de transmisión vectorial¹², en provincias **de alto, media, bajo y sin riesgo**.

Alto Riesgo: provincias con notificación de casos agudos vectoriales, un IID > 5%, sin cobertura de vigilancia activa o deficiente y prevalencia serológica en menores de 5 años > a 5%.¹³

Mediano Riesgo: provincias sin notificación de casos agudos vectoriales, con Índice de Infestación Domiciliaria (IID) < al 5%, con coberturas de vigilancia mayor al 50%, y prevalencia serológica en menores de 5 años < 5%.

Bajo Riesgo: provincias que certificaron la interrupción de la transmisión vectorial y por lo tanto demostraron a través de los indicadores entomológicos y serológicos y garantizaron cobertura de vigilancia activa.

El Mapa de Riesgo de Transmisión Vectorial – Informe 2002. INCOSUR – M. de Educación de la Nación – Mapa Educativo Nacional- permite observar a través de la zona rayada cuál es el área de distribución de la vinchuca.

En ese sentido se destacan las *provincias* de acuerdo con cada tipo de riesgo:

ALTO RIESGO

CHACO	FORMOSA	SANT. del ESTERO
CORDOBA	MENDOZA	SAN JUAN

Fuente: Resolución M.de Salud Nación N° 867/12

RIESGO MEDIANO

SALTA	TUCUMAN	CATAMARCA
MISIONES	CORRIENTES	SANTA FE
LA RIOJA °	SAN LUIS	

Fuente: Resolución M.de Salud Nación N° 867/12

¹⁰ Vgr. Área no endémica.

¹¹ Vgr. Área endémica.

¹² Vgr. Picadura de una vinchuca infectada (triatoma infestans).

¹³ Conf. Informe 2002.INCOSUR (Iniciativa de Salud del Cono Sur), OPS.

RIESGO BAJO

JUJUY	ENTRE RIOS	LA PAMPA
NEUQUEN	RIO NEGRO	

Fuente: Resolución M.de Salud Nación N° 867/12

SIN RIESGO

BUENOS AIRES	SANTA CRUZ	CIUDAD DE BS.AS.
TIERRA DEL FUEGO	CHUBUT	

Fuente: Resolución M.de Salud Nación N° 867/12

3.1.-Transmisión

La Vías de trasmisión de la *enfermedad de CHAGAS* son:

3.1.a.-Vectorial: Como ya se manifestara se trasmite por el insecto llamado "vinchuca".

Desde el punto de vista sanitario, la transmisión vectorial es la más importante. De ella depende el riesgo de las otras vías de transmisión.

La vinchuca se encuentra en zonas de clima cálido y seco. Posee costumbres domésticas y convive con el ser humano, refugiándose en grietas, techos y muebles, o en los alrededores de las viviendas, en corrales, gallineros o casillas para perros. Desde que nace se alimenta exclusivamente de sangre, tanto de animales, como de seres humanos. Le afecta la luz, por eso pica de noche.

3.1.b.-No vectorial: En estas no participa la vinchuca en forma directa y, son:

- congénita, por transmisión de la madre infectada a su hijo durante el embarazo, a través de la placenta.
- por transfusión de sangre de dadores infectados;
- por trasplante de órganos de donantes infectados;
- por ingesta de parásitos de alimentos altamente contaminados, como la leche materna o carne poco cocida de mamíferos silvestres;
- por accidente a través del contacto directo con la sangre de personas o animales infectados;

3.1.c.-Fases de la enfermedad de Chagas

La enfermedad de Chagas evoluciona en fases, cada una de ellas con características clínicas y criterios diagnósticos y terapéuticos diferentes, en el hombre estas fases son: *Aguda, Indeterminada y Crónica*

Etapa Aguda: Dura entre 20 y 30 días, cuando los parásitos están solamente en la sangre. En general, pasa desapercibida por la falta de síntomas y signos. Cuando éstos existen, al no ser específicos (fiebre, malestar general, dolor de cabeza,

agrandamiento del hígado y bazo), se la confunde con otras enfermedades y por ello muchas veces se dificulta el diagnóstico.

Si la vía de contagio es por la vinchuca y ésta pica cerca del ojo, se inflama la zona y el edema indoloro que se produce, es un signo característico de la afección, pero no siempre pica en la cara.

También en algunos casos puede llegar a ser muy grave (formas: Cardiológicas y/o Neurológicas), sobretodo en niños y recién nacidos de bajo peso, que de no ser tratados precozmente, son rápidamente mortales.

Etapa Indeterminada: Finalizada la fase aguda, se inicia estado de cura aparente y sin síntomas, que puede durar de 20 a 30 años o más, hasta la aparición de las lesiones. No siempre evoluciona a la siguiente etapa.

Etapa Crónica: Se desarrolla en alrededor del 30% de los infectados, produciéndose lesiones en el corazón, sistemas digestivo, nervioso central y periférico. Representa la principal causa de miocarditis de origen infeccioso conocida siendo una de las patologías que utiliza el mayor número de marcapasos cardíacos. La dolencia no tratada a tiempo ataca a los órganos vitales del cuerpo infectado y provoca lesiones invalidantes y un lento deterioro que conduce a la muerte.

3.1d.-Síntomas de la enfermedad

Según el estadio o etapa, los síntomas pueden ser:

Etapa Aguda: Generalmente no hay síntomas en esta etapa o son pocos, tales como decaimiento, cefaleas y en los casos graves además palpitaciones, disnea (falta de aire), mareos y otros según alteración neurológica.

Etapa Intermedia: asintomática.

Etapa Crónica: Características:

- no se manifiestan síntomas, si el corazón es de tamaño normal y no tuviera arritmias, o
- se puede manifestar con arritmias que pueden ser asintomáticas, o
- con arritmias que provocan síntomas como palpitaciones, mareos, síncope, dolor de pecho, disnea, (según la gravedad de dichas arritmias), O
- si tiene insuficiencia cardíaca, a los síntomas anteriores se les agrega decaimiento general, disnea de reposo y edema de miembros inferiores.

Fuente. Fundación Cardiológica Argentina.

4.-Normativa aplicable

- **Año 2006** - El MINISTERIO DE SALUD de la NACION (MdeSALUD) dictó la Resolución N° 1687/2006 por la que se crea el PROGRAMA CONCERTADO DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA INTEGRAL A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS “ARGENTINA JUSTA, ARGENTINA SIN CHAGAS”.

El art. 8 dispone que las distintas Jurisdicciones deberán adherirse al Programa Nacional referido mediante un convenio que se suscribirá al efecto.

- El MdeSALUD dictó la Resolución N° 1870/2006 por la que se aprueban las “*Guías para la atención al paciente infectado con trypanosoma cruzi*” (*enfermedad de chagas*), y se incorporan las “*Guías para la atención al paciente infectado con trypanosoma cruzi (enfermedad de chagas)*” al “*Programa nacional de garantía de calidad de la atención médica*”.

- Resolución N° 9494/2006, dictada por la ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES (APE) por la que se aprueba el *Programa de control de la enfermedad de Chagas* para la población de beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud los que podrán solicitar apoyo financiero.

- **Año 2007**- Ley 26.281 en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud declaró de interés nacional y carácter prioritario a la prevención y control de todas las formas de transmisión de la enfermedad de Chagas, hasta su definitiva erradicación de todo el territorio nacional.

De acuerdo con las facultades no delegadas de las provincias el art. 15 establece que se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la ley.

El art. 16 de dicha ley dispone que entrará en vigencia a los noventa (90) días de su publicación, plazo dentro del cual el Poder Ejecutivo Nacional debía reglamentarla.

El plazo para su reglamentación se encuentra vencido sin que hasta el mes de agosto de 2012 se hubiere concretado tal reglamentación por parte del Poder Ejecutivo Nacional. El MdeSALUD informó en el mes de noviembre de 2011 que “Por Expte. N° 18946/07-8, se tramita la aprobación de la Reglamentación de la ley referida.

- Ley 26279 dispone que en la República Argentina a todo niño/a al nacer se le practicarán las determinaciones para la detección y posterior tratamiento de diversas patologías, entre ellas el chagas, siendo obligatoria su realización y

seguimiento en todos los establecimientos públicos de gestión estatal o de la seguridad social y privados de la República en los que se atiendan partos y/o a recién nacidos/as.

Agrega que toda persona diagnosticada con anterioridad a la vigencia de la presente ley queda incluida automáticamente dentro de la población sujeta a tratamiento y seguimiento. Dispone que también quedan comprendidas las obras sociales y todos aquellos entes que brinden cobertura social respecto del personal de las obras sociales, que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados, independientemente de la figura jurídica que tuvieren.

Por el art. 7º se invita a las provincias y a la C.A.B.A. a adherir a la presente ley.

Es de señalar que al mes de agosto de 2012 la ley aún no está reglamentada.

- **Año 2008** – Por la Resolución MdeSALUD N° 1543/08 se sustituye la denominación dada al programa creado por Res. MdeSALUD N° 1687/06 por el de “PROGRAMA NACIONAL DE CHAGAS”.
- **Año 2010** - Por Resolución MdeSALUD N° 719/10 se establecen las acciones que debe realizar la Dirección de Enfermedades Transmisibles por Vectores.
- **Año 2011** - El MdeSALUD en el marco de la normativa vigente y a los fines de implementar el cumplimiento de la misma en todo el país, ha elaborado el “PLAN NACIONAL DE CHAGAS 2011-2016”.

En su responde el Ministerio citado informó que dicho Plan ha sido elaborado y consensuado con los referentes Técnicos Provinciales, Nacionales e Internacionales como así también con los representantes de las Sociedades Científicas afines al tema, previéndose instituir como asesoría Científico-Técnica al INSTITUTO NACIONAL DE PARASITOLOGIA “DR. MARIO FATALA CHABEN”, que forma parte de la ADMINISTRACION NACIONAL DE LABORATORIOS E INSTITUTOS DE SALUD “DR. CARLOS G. MALBRAN” (ANLIS), dependiente de la SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS DE LA NACIÓN.

Agrega que el Plan posibilitará el abordaje de la temática con una visión totalizadora del control de la enfermedad de Chagas en todo el país, en un proceso dinámico y sostenido de las acciones, encuadrado en un espacio interinstitucional con alto grado de participación comunitaria.

- **Año 2012.-** Resolución MdeSALUD N° 867/12 con los mismos fundamentos por los que elaboró el “PLAN NACIONAL DE CHAGAS 2011/2016” dictó la

Resolución mencionada Sucintamente se destaca que en el Anexo I de la misma establece la estructura del Plan que comprende:

Objetivos: generales y específicos determinando las metas, las actividades a desarrollar y las tareas.

Líneas Estratégicas: para la prevención y control de la transmisión vectorial y no vectorial; de la infección congénita, de la infección aguda y crónica; estrategias generales y transversales a todo el programa

Responsabilidades y Tareas de los Sectores Involucrados. Se menciona a; Presidencia de la Nación, Gobiernos provinciales, Municipios, los Ministerios Nacionales de Desarrollo Social; Educación; Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios; Ministerio del Interior; Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva; Fuerzas Armadas y de Seguridad; Dirección de Epidemiología del M de Salud, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; INCUCAI; Plan Nacional de Sangre y Organizaciones de la Sociedad Civil, Organizaciones científicas y académicas.

Matriz de Actividades e Indicadores.

Cronograma.

Asimismo dispone que el gasto que demande el cumplimiento del Plan se imputará a la Partida Especifica del Programa 37, Actividad 02 del Presupuesto del Ministerio de Salud de la Nación y eventualmente de Organismos Internacionales y de otras Instituciones que en el marco de la normativa vigente puedan hacerlo.

5.-Normativa vigente en las provincias:

En relación a la normativa vigente en cada provincia, referida a la 'lucha contra el mal de Chagas', la adhesión de las provincias a la ley 26.281 y a la ley 26279 de detección y posterior tratamiento de determinadas patologías en el recién nacido, entre ellas el Chagas, según lo informado por el MdeSALUD, resulta:

PROVINCIA	LEY 26281 - adhesión	LEY 26279 – adhesión
Buenos Aires	SI	NO-Ley provincial 13005
Catamarca	SI	SI
Córdoba	NO- ley prov. 15465	NO–normativa provincial
Corrientes	SI	SI
Chaco	SI	SI
Chubut	NO	NO
Entre Ríos	SI	SI
Formosa	SI	NO (en proceso)
Jujuy	SI	SI
La Pampa	SI	NO (en proceso)
La Rioja	SI	SI (ley prov.8278
Mendoza	SI	NO (en proceso)

Misiones	NO (en proceso)	NO-
Neuquén	NO-	NO (en proceso)
Río Negro	SI	SI
Salta	NO- convenio MdeSal.	NO-
San Juan	SI (ley prov. 7840)	SI (ley prov. 7917)
San Luis	Adh. a la anterior 22360	NO
Santa Cruz	NO-	NO
Santa FE		
Sgo del Estero	SI	NO
Tierra del Fuego	SI	NO
Tucumán	NO (en proceso)	NO (en proceso)
Ciudad de Buenos Aires	SI	NO

Según la misma fuente todas las provincias tienen un Programa Provincial de Chagas y han celebrado convenios de adhesión con el Ministerio sanitario.

6.-Metodología para la obtención de datos. Trámite de la investigación.

En el trámite investigativo, además de la recolección y consulta de la bibliografía disponible, se solicitaron informes a las autoridades competentes del MdeSALUD, de todas las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se requirieron, también, detalles de las medidas y acciones implementadas o a implementar, en el marco del *Programa Nacional del Ministerio de Salud* y de los *Programas Provinciales de Chagas*.

7.-Aspectos Operativos.Relación, acciones y coordinación entre el Estado Nacional, las Provincias, la ciudad de Buenos Aires y los Municipios:

Al respecto se efectuaron requerimientos a todas los gobiernos provinciales y al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para que informaran sobre la normativa local vigente en el tema en trato, qué acciones quedaron a cargo del Gobierno Nacional, del provincial y/o de las administraciones municipales.

Asimismo, a través de los pedidos de informes se solicitaron datos sobre si la asignación de recursos económicos durante el ejercicio fiscal 2010/2011 fue suficiente para la financiación de las acciones destinadas a la prevención, control, vigilancia, diagnóstico, tratamiento, educación y capacitación para el tratamiento del mal de Chagas y si los pedidos al Gobierno Nacional en relación a la enfermedad de Chagas fueron satisfechos (medicamentos, vehículos, elementos sanitarios y/o recursos humanos, etc.)

A los fines metodológicos el desarrollo del presente informe se formula a partir de las provincias con *Alto Riesgo*, seguidas por las de *Mediano Riesgo*, luego las

de *Bajo Riesgo*, considerando para finalizar las consideradas *Sin Riesgo de contagio vectorial*.

8.-Provincias según Riesgo: Alto, Medio, Bajo y Sin Riesgo.

8.1.-Provincias con Riesgo Alto

Las provincias que se detallan a continuación presentan una reemergencia de la transmisión vectorial de Chagas debido a un aumento de infestación domiciliar y a una alta seroprevalencia en grupos vulnerables. (Fuente Res MSAL N1 867/12)

8.1.a.-Chaco

La normativa vigente en la Provincia del Chaco en relación a la lucha contra la enfermedad de Chagas es la que rige a nivel Nacional.

El Ministerio de Salud de la Provincia realiza las intervenciones según las normas establecidas en coordinación con el Gobierno Nacional y los Municipales. En ese sentido fueron atendidos satisfactoriamente los pedidos de medicamentos, insumos de laboratorio y apoyo logístico en terreno para acciones de control químico.

Si bien el Programa Provincial no cuenta con presupuesto propio (2010) para el 2011 estuvo previsto dentro de la Programación 2011, manifestando que durante el 1er. semestre de 2010 fueron suficientes.

Por otro lado, el MdeSALUD había entregado al Chaco al 27 de noviembre de 2009, 7 (siete) camionetas con cabina simple y 4 (cuatro) con cabina doble.

8.1.b.-Córdoba

La respuesta del Area de Epidemiología del Ministerio de Salud cordobés refiere la Ley 15.465 sobre la notificación obligatoria de algunas enfermedades agregando que desde el ámbito provincial se siguen las normativas del MdeSALUD en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas.

El Estado Nacional aporta a la provincia de Córdoba, para el control del Vector insumos máquinas, equipos de protección etc. que son utilizados por el personal del Programa de Chagas y distribuidos según requerimiento de algunos Municipios para el control y vigilancia del vector.

Asimismo, el Gobierno Nacional entrega la medicación para el tratamiento de la enfermedad de Chagas en cantidades suficientes

En cuanto al personal para el trabajo de campo la provincia informó que “todavía no se había concretado la incorporación”.

Por su parte el MdeSALUD refirió que se habían destinado partidas especiales de fondos para la contratación de 35 (treinta y cinco) becarios para la realización de tareas de vigilancia y que al 27 de noviembre de 2009 había entregado a la provincia cordobesa 5 (cinco) camionetas con cabina simple y 1 (una) con cabina doble.

8.1.c.-Formosa

Las autoridades de la provincia formoseña manifestaron que tienen como objetivo cortar la transmisión vectorial para el año 2016.

Agregaron que el Gobierno Nacional le provee insumos, elementos de protección, medicamentos, vehículos y capacitación. Por su parte la provincia aporta recursos humanos y toda la logística necesaria, ello con la colaboración de los municipios.

Los recursos económicos son asignados tanto por Nación como por la provincia de Formosa en la medida de las peticiones.

La provincia recibió fondos nacionales para personal becario (26 becas) por dos años al 2009 y 7 (siete) camionetas con cabina simple y 4 (cuatro) con cabina doble.

8.1.d.-Mendoza

Para la provincia de Mendoza el Estado Nacional provee insumos, equipamientos y movilidades, coincidente con ello el MdeSALUD informó que dicha provincia recibió -al 2009- fondos nacionales para personal becario (74 becas) por dos años, 3 (tres) camionetas con cabina simple y 1 (una) con cabina doble.

Por su parte el Estado Provincial realiza acciones de control vectorial y no vectorial a través de la División Zoonosis, Reservorios y Vectores interactuando interministerialmente con agentes de los distintos departamentos y municipios.

En el marco del Programa Nacional y Provincial de Chagas, Mendoza recibió en el año 2010 a tres brigadas de Zoonosis de Córdoba para finalizar la segunda ronda de fumigación en toda la comunidad. Además se le entregaron 36 (treinta y seis) máquinas fumigadoras de última generación.

Los recursos asignados se han incrementado y en el curso del año 2011 se enviaría un proyecto de ley provincial para poder disponer de un presupuesto propio que pueda atender las necesidades locales del mal de chagas. Los requerimientos efectuados a Nivel Nacional fueron satisfechos en tiempo y forma.

8.1.e.-San Juan

Todas las acciones previstas entre los Estados: Nacional, Provincial y Municipal se encuentran programadas y se realizan en perfecta armonía entre los tres niveles gubernamentales respetando el rol correspondiente a cada actor de acuerdo con la planificación realizada por el Jefe del Programa, en conjunto con cada nivel de autoridad.

Desde el Gno. Nacional se provee insecticida, máquinas de fumigar, material de protección, medicación, reactivos, folletería, Se recibieron además 4 (cuatro) camionetas cabina simple y 61 (sesenta y una) becas para la realización de tareas de vigilancia.

Asimismo el Gobierno provincial asignó 10 (diez) operarios de campo altamente entrenados con funciones de encargados.

8.1.f.-Santiago del Estero

La provincia ha respondido que el Gobierno Nacional le suministra insumos, insecticidas, máquinas rociadoras, vehículos, ropa, protección, material para educación, folletería, reactivos, capacitación de los recursos humanos, medicamentos y tratamiento etiológico. Asimismo, controla la ejecución en la provincia y en los municipios que coparticipan y colaboran.

La Nación proveyó recursos para 120 (ciento veinte) becarios y de 3 (tres) camionetas con cabina simple y 1 (una) con cabina doble.

Destaca que el Programa Provincial tiene fuentes de financiación propios, recursos provinciales con presupuesto acotado y la autogestión cubre todas las acciones de lucha, prevención y educación.

En relación a los recursos ha informado que los asignados fueron suficientes para la ejecución del programa 2010.

8.2.-Provincias con Riesgo Medio

Las siguientes provincias muestran una situación de riesgo intermedio con un índice de reinfestación mayor al 5% en algunos departamentos e insuficiente cobertura de vigilancia en algunos casos (Fuente Res MSAL N1 867/12)

8.2.a.-Catamarca

La Dirección de Enfermedades Transmisibles por Chagas y otros Vectores, dijo que en el marco del compromiso de acciones conjuntas entre el MdeSALUD y el organismo provincial, se trabaja en coordinación tanto en el control vectorial (campañas de fumigación y vigilancia en entomológica en viviendas en áreas de riesgo) como en el no vectorial (operativos de pesquisa serológica en laboratorios y seguimiento de chagas connatal).

El MdeSALUD provee en forma regular insecticida para el control vectorial y la medicación para el tratamiento etiológico de Chagas.

Las Administraciones Municipales cuentan con brigadas locales, lo que permite descentralizar las tareas.

En cuanto a los recursos asignados para la financiación de acciones durante el año 2010 resultaron insuficientes dado los siguientes faltantes:

- Nombramiento de becarios ambientalistas, que aún (11-09-2010) tiene pendiente el Ministerio de Salud de la Nación.
- Reactivos HAI y ELISA para los estudios serológicos poblacionales
- Indumentaria y elementos de protección

Lo reclamado es coincidente con lo informado por el Ministerio Nacional pues en la información brindada respecto de la entrega de los ítems no figura la provincia de Catamarca.

En cuanto a la movilidad el Gobierno Nacional informó que entregó a Catamarca 4 (cuatro) camionetas con cabina simple y 3 (tres) con cabina doble.

8.2.b.-Corrientes

La Provincia de Corrientes a través de la Ley N° 5817, del 07 de mayo de 2008 adhirió a la Ley Nacional N° 26.281 asignando carácter prioritario a la prevención y control de todas las formas de transmisión de la enfermedad de Chagas hasta su definitiva erradicación de todo el territorio.

El MdeSALUD a través del Centro Nacional de Control de Vectores, realiza capacitaciones, charlas, formaciones, asesoramientos permanentes y controles de todos los relevamientos que la provincia realiza contra la enfermedad.

Los requerimientos efectuados a la Nación son constantemente atendidos por las autoridades correspondientes y se refieren a reactivos para estudios serológicos, medicación para tratamiento de pacientes (Radanil), elementos para el control del vector en las localidades de riesgo, como ser elementos de protección para el equipo de trabajo en terreno, elementos para el ataque químico, insecticidas, vehículos y recursos humanos para dichos operativos de control.

Asimismo mediante brigadas provinciales y nacionales se realizan en terreno las búsquedas y pesquisas domiciliarias.

8.2.c.-La Rioja

El Programa Nacional se encarga del suministro de máquinas, insecticidas, elementos de protección, ropa de trabajo, vehículos, reactivos serokit y medicación para tratamiento de los enfermos, promoción y capacitación.

Entre el año 2010 y 1º semestre del 2011 Nación envió a La Rioja 1 (una) camioneta doble cabina, 3 (tres) cabina simple y 4 (cuatro) equipadas para acciones en terreno difícil. También fueron enviadas 60 (sesenta) máquinas de acero inoxidable de 10 lts. Diseñadas para el trabajo en Chagas. Se hace notar que la provisión de insecticida es inmediata a lo solicitado desde el año 2008.

Hasta el año 2009 la Nación envió partidas especiales para la contratación de 19 (diecinueve) becarios.

Desde la Coordinación de Control de Vectores riojana para el proyecto ViChaGe se solicitó la provisión tanto a Nación como a Provincia de un cuatriciclo (259 cc de trabajo) y reiteró el pedido de 1 (una) moto de enduro para el referente municipal de Chagas para poder contar con movilidad permanente.

En relación al personal, agregó que las tareas de georeferencia de las viviendas, evaluación y tratamiento químico, están a cargo de las brigadas de la dirección y las brigadas municipales hasta poder instalar la vigilancia sustentable del programa VichaGe el que es llevado a cabo por el referente de cada uno de los departamentos y las respectivas brigadas municipales.

8.2.d.-Misiones

La Subsecretaría de Atención Primaria y de Salud Ambiental del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Misiones respondió a la requisitoria que se le efectuara manifestando que el gobierno Nacional a partir de la normativa para la

vigilancia y monitoreo de las acciones de control de la transmisión de la enfermedad aporta materiales e insumos, entre ellos: vehículos, equipos de registro geográfico (GPS), insecticidas, máquinas aspersoras de insecticida, equipamiento de protección personal, afiches, folletos, etc. Asimismo aporta recursos financieros y capacitación de profesionales técnicos y agentes provinciales.

La actuación de la Nación se complementa con la acción provincial que realiza la evaluación entomológica y control químico de triatóminos, aportando recursos financieros para la atención de servicios de personal, mantenimiento de vehículos y viáticos. Efectúa la capacitación de profesionales, técnicos y agentes municipales en el control de vectores.

Los municipios en área de infestación aportan el recurso humano local y apoyan en la evaluación, control, vigilancia y cartografía.

Estiman que lo presupuestado fue suficiente

Detallan que de lo requerido al 15/09/2010 han recibido 1 (una) camioneta y se encuentra en trámite la transferencia de otras 2 (dos) unidades.

El MdeSALUD informó que al 27-11-2009 entregó a Misiones 5 (cinco) camionetas con cabina simple y 1 (una) con cabina doble.

Las autoridades provinciales capacitan sobre intervenciones de vigilancia, control y prevención pero consideran que el personal entrenado es insuficiente y han solicitado a la Nación la asignación de financiación para becas.

En ese sentido en la información brindada por Nación sobre becas otorgadas no figura la provincia de Misiones.

8.2.e.-Salta

Tras la firma del convenio sobre el Programa Federal de Chagas con la Nación, las actividades de los componentes del control vectorial y no vectorial se encuentran bajo responsabilidad provincial.

El Plan Anual Operativo 2010 (POA provincial) cuenta con respaldo presupuestario suficiente para su ejecución y los incumplimientos de Nación se afrontan con fondos provinciales.

En su respuesta, la Dirección de Coordinación Epidemiológica indica *“La Nación debiera brindar asistencia técnica y financiera, más la provisión de insumos programáticos y logísticos”* y agrega que hay un listado básico de insumos que deben ser adquiridos y provistos anualmente por la Nación (reactivos de laboratorio, benzidazol, insecticida y desalojante, indumentaria y elementos de protección).

Los pedidos se han cumplido parcialmente en los últimos 4 (cuatro) años salvo el insecticida que nunca faltó.

Por su parte, desde el MdeSALUD al mes de noviembre de 2010 informó que había entregado a la provincia de Salta 4 (cuatro) camionetas con cabina simple y 3 (tres) con cabina doble.

8.2.f.-San Luis

La Coordinación Provincial Chagas-Mazza San Luis, se encarga del control entomológico, diagnóstico y tratamientos médicos y en base a un POA (Plan Operativo Anual) se determinan las actividades y acciones que anualmente se llevan a cabo en la provincia.

Parte central de las actividades de la Coordinación es el control del vector de la enfermedad. Para ello dispone de recursos humanos y logísticos para realizar investigación y rociado con insecticidas de viviendas, liberando áreas de la presencia de vinchucas en los domicilios donde se encuentran.

A nivel Municipal se dispone de referentes en varios departamentos de la provincia, quienes perteneciendo al Plan de Inclusión Social o a los municipios realizan acciones de control del vector, supervisados por las intendencias y por el programa central.

La Coordinación Nacional de Control de Vectores (CNCV) a pedido de la provincia ha realizado actividades de investigación entomológica en forma puntual en determinados departamentos, lo que permitió destinar los recursos humanos y logísticos provinciales a otras actividades prioritarias como diagnósticos y tratamientos médicos.

Ante la solicitud de insumos a la Nación, ésta atiende las necesidades de insecticidas, medicamentos y kits de diagnóstico de la enfermedad.

Aunque la Nación no lo informara la provincia dijo en el 2010 se le entregó 1 (una) camioneta doble cabina y 1 (una) de cabina simple a pedido de las autoridades provinciales, los no que eran entregados desde 1985.

Finalmente afirma que los recursos han posibilitado el cumplimiento de las metas propuestas para el año 2010.

8.2.g.-Santa Fe

La provincia de Santa Fe cuenta con una Delegación de la Coordinación Nacional de Control de Vectores del Ministerio de Salud de la Nación, delegación que funciona en la localidad de Calchaquí, estando su personal capacitado para realizar actividades de fumigación y evaluación entomológica (búsqueda del vector).

El Programa Provincial en conjunto con la Dirección de Farmacia del Ministerio de Salud de la Provincia santafecina coordina y distribuye los medicamentos para el tratamiento de los pacientes infectados.

Durante el año 2010 se han recibido recursos económicos e insumos tanto de la Nación como de la Provincia para poder dar cumplimiento a la programación establecida, así como para desarrollar acciones de prevención, promoción, control vectorial, diagnóstico, tratamiento, educación y capacitación. Se destaca que los recursos aportados han sido suficientes para realizar las acciones mencionadas.

Durante el 2010 solicitó al MdeSALUD el que envió insecticida, equipamiento para rociado, medicamentos, insumos y reactivos para análisis de sangre en la cantidad suficiente para realizar las actividades planificadas.

8.2.f.-Tucumán

La Enfermedad de Chagas es un gran problema de Salud Pública en la Provincia de Tucumán. Se considera que el control de la enfermedad de Chagas, debe ser política de Estado, a fin de buscar soluciones integrales y sustentables, priorizando el desarrollo de las áreas más postergadas.

El Programa Provincial de Tucumán responde a las normas del Programa Nacional de Chagas y es a quien se le solicita los insumos necesarios para el control vectorial y no vectorial de dicha enfermedad.

El Ministerio de Salud de la Nación entregó a Tucumán 4 (cuatro) camionetas cabina simple y 3 (tres) de cabina doble.

El gobierno provincial aporta los recursos humanos y físicos, insumos para las capacitaciones, talleres y para el diagnóstico en laboratorios de la red, cuando los reactivos enviados por Nación son escasos o no llegan en tiempo. Se señala que la provincia contrató un biólogo para la creación de un laboratorio de estudio entomológico (clasificación, infección y resistencia de los triatomíneos).

8.3.-Provincias con Riesgo Bajo

Lograron recertificar la interrupción vectorial las siguientes provincias (Fuente: Res MSAL N1 867/12)

8.3.a.-Entre Ríos

La provincia de Entre Ríos no cuenta con un Programa formal y las actividades en relación a la enfermedad de Chagas se llevan adelante desde la Dirección de Epidemiología coordinando acciones con APS de los departamentos históricamente endémicos. No hay personal específico para estas actividades.

Refiere que el Gobierno Nacional provee los insumos tanto para el control vectorial como los reactivos para la serología. Los insumos van desde los kits de diagnóstico serológico, medicamentos y elementos para el control vectorial.

Agrega que todos los pedidos que se han efectuado al Programa Nacional tienen efectiva respuesta, siendo suficientes los recursos materiales.

Según lo informado por el MdeSALUD, además de los insumos y equipos, al año 2009 entregó a Entre Ríos entregó 3 (tres) camionetas cabina simple y 2 (dos) de cabina doble.

8.3.b.-Jujuy

En la provincia de Jujuy todas las acciones de control están a cargo del Departamento Provincial de Control de Vectores dependiente de la Dirección Provincial de Programas Sanitarios, Secretaría de Planificación y todas las actividades dependen del Ministerio de Salud de la provincia.

Se trabaja en conjunto con Nación en lo que respecta a normativas, provisión de insumos, elementos e intercambio de información.

El Departamento mencionado dispone de presupuesto provincial y apoyo nacional en insumos y equipos (insecticidas, máquinas, elementos de protección, reactivos

de laboratorio, medicamentos) que en ocasiones han sido suficientes y en otras no. En el ejercicio 2010 fueron insuficientes los reactivos de laboratorio.

En relación a la movilidad según el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2009 se transfirieron a Jujuy 5 (cinco) camionetas de cabina simple y 2 (dos) de cabina doble. La respuesta de la provincia refiere que en 2010 se recibió un vehículo nuevo manifestando que se requirieron 2 (dos) más como asimismo 2 (dos) cuadríciclos.

8.3.c.-La Pampa

En la provincia de La Pampa se aplican las actividades diseñadas por el Programa Nacional de Chagas y se sustentan en la acción del Gobierno provincial a través de su Programa todo ello basado en la generación de consensos provinciales, nacionales e internacionales (INCOSUR) sobre vigilancia epidemiológica y lineamientos de las tareas a desarrollar en cada distrito.

Durante el año 2010 la provincia ha asignado los recursos económicos suficientes para desarrollar las actividades previstas en la planificación. A su vez la Nación ha hecho lo propio.

Precisa que durante el ejercicio 2010 la provincia pampeana solicitó al Programa Nacional la que cumplió con la entrega de: insecticida para control químico, elementos de protección personal (antiparra, casco de seguridad, guantes de descame, guantes de nitrilo, máscara y filtro buconasal), ropa de trabajo, máquinas rociadores manuales, GPS, serokits, medicación, equipos HAI y ELISA.

Destaca que la provincia no recibió las camionetas requeridas -lo que es coincidente con lo informado por Nación ya que La Pampa no figura en el listado que acompañó al respecto- ni los equipos de laboratorio (lectores de ELISA y lavadores y pipetas mono/multi canales).

8.3.d.-Neuquén

La respuesta de la Subsecretaría del Neuquén refiere que el Gobierno Nacional coordina, capacita y lleva a cabo reuniones anuales con las provincias para el control y vigilancia de la enfermedad de chagas, actualizando metas y coordinando las necesidades de insumos para las provincias.

El Gobierno provincial ejecuta la vigilancia y control con la participación de los municipios que colaboran con equipos de control de vectores.

El presupuesto provincial asignado a “diversas patologías” fue lo necesario para el ejercicio fiscal 2010.

En cuanto a las solicitudes efectuadas al Programa Nacional de la respuesta surge que no ha sido factible la entrega de recursos humanos, vehículos e insumos de laboratorio como Lector ELISA y que se han satisfecho el 30% de insumos para evaluación y rociado y sólo el 10 % para realizar serología.

8.3.d.-Río Negro

Las actividades coordinadas y de colaboración entre la Nación, la Provincia rionegrina y los Municipios incluyen la vigilancia de viviendas para detectar la presencia de triatomíneos, rociado cuando corresponde y diagnóstico precoz en niños y su tratamiento.

El Programa Provincial de Chagas cuenta con los recursos necesarios para la ejecución del Programa.

En cuanto a los recursos solicitados a la Nación indica que el Programa Nacional provee rutinariamente insecticidas y reactivos diagnósticos. Aclara que se han solicitado 30 (treinta) becarios del programa FEST -en trámite desde el año 2009- y apoyo en vehículos destinados a vigilancia epidemiológica.

8.4.-Provincias Sin Riesgo

8.4.a.-Buenos Aires

En la provincia de Buenos Aires el Programa de Chagas tiene dos Áreas operativas que abarcan las Regiones Sanitarias: una del área metropolitana y otra que abarca el interior provincial. Ambas áreas tienen contacto directo con las administraciones municipales y todas ellas son coordinadas por la administración provincial a los fines del control y tratamiento de la enfermedad; todo ello en concordancia con el Programa Nacional.

Los pedidos de las áreas competentes del gobierno bonaerense a la Nación, fueron atendidos, entre ellos: reactivos para laboratorio, insecticidas, equipos de aplicaciones y elementos de bioseguridad, materiales para la promoción y educación para la salud, drogas para tratamiento de casos humanos y otros insumos tales como movilidad y capacitación.

8.4.b.-Ciudad Autónoma de Buenos Aires

La Ciudad de Buenos Aires se ha reservado la detección de infectados chagásicos, atención del enfermo y tratamiento de los serológicamente positivos, mientras que la Nación aporta la medicación específica (Benznidazol, Nifurtimox) y algunos reactivos diagnósticos los que fueron provistos ante su pedido.

La asignación de los recursos respondió a las necesidades del Programa.

8.4.c.-Chubut

El control de la provincia se ajusta al Manual de Normas y Procedimientos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, teniendo en cuenta que Chubut es considerada libre de transmisión vectorial.

No obstante se realiza una vigilancia activa en cuanto a la búsqueda e identificación entomológica de vectores para lo cual cuenta con la colaboración de los equipos de expertos del Centro Nacional de Vectores con asiento en Córdoba.

Los recursos, tanto nacionales como provinciales, se han asignado para capacitación, educación, vigilancia, diagnóstico y tratamiento.

La Nación ha provisto equipos, medicación para tratamiento de pacientes chagásicos, folletería para tareas de educación y capacitación.

8.4.d.-Santa Cruz

La provincia de Santa Cruz se rige según la Guía de Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad de Chagas y a través de los centros de atención de salud se realizan los estudios de diagnóstico por laboratorio como así también la distribución de los medicamentos, enviados por Nación, según la demanda, medicamentos que se entregan en forma personalizada por el médico tratante.

Asimismo la Nación provee los kits para serología a todos los hospitales de la provincia y el laboratorio Fatale Chaben envía regularmente los son para el control de calidad.

8.4.e.-Tierra del fuego

En esta provincia, cuenta con un Programa Provincial de Chagas que depende de la Dirección Provincial de Programas de Salud que provee los recursos para todos los Programas en general.

Según lo informado por la responsable del Programa Provincial no cuentan con suficiente folletería a color ni historietas vinculadas con el tema. Agrega que tampoco hay recursos asignados para capacitación, sólo se cuenta con las reuniones organizadas por el Programa Federal que tiene financiación propia.

El recurso humano profesional y técnico es compartido con los Servicios de Laboratorios de los Hospitales.

Los requerimientos de reactivos y antiparasitarios fueron atendidos por el Programa Nacional.

9.-Transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas. Su control y medidas adoptadas

Como se manifestara precedentemente la tripanosomiasis americana o enfermedad de Chagas es una afección parasitaria causada por el protozooario flagelado Trypanosoma Cruzi.

La infección es transmitida principalmente por vía vectorial a partir de insectos conocidos en la mayor parte de Argentina como "vinchucas", siendo el más importante en el país el Triatoma Infestans por su adaptación a la vivienda tipo rancho.

La transmisión por vía vectorial por los triatominos (vinchucas), se realiza por medio de las deyecciones contaminantes de estos insectos, las que penetran al organismo humano por las excoiaciones de la piel producidas por el rascado luego del escozor que causa la picadura de la vinchuca.

Esta transmisión vectorial es típica de las áreas rurales.

También puede adquirirse por relación congénita, por transfusión de sangre, por vía oral (digestiva), por contaminación accidental y por vía del trasplante de órganos: estas son las vías denominadas no vectoriales que cobran particular importancia en las áreas urbanas- El contagio se produce por el pasaje a través de la sangre del individuo infectado al sano, sin intervención de la vinchuca, transmisión de la que nos ocuparemos más adelante.

Las características propias de la vivienda que favorecen la proliferación del vector (vinchuca) son, entre otras:

- Revestimiento de barro o adobe por la rápida formación de grietas y por los métodos que se utilizan para rellenarlas que ofrecen más escondites para las vinchucas. Es el caso de las viviendas tipo rancho.
- Los cuadros y objetos fijos constituyen también oportunidades para el insecto.
- La poca iluminación y semipenumbra.
- La desorganización interior.
- La convivencia con animales domésticos.
- El almacenamiento de alimentos -dentro de la vivienda- que atraen a los transmisores silvestres.

Se han efectuado requerimientos a todas las provincias y a la ciudad de Buenos Aires para conocer las áreas de mayor vulnerabilidad a la transmisión vectorial; cómo se realiza la vigilancia epidemiológica; periodicidad del rociado (fumigación) de viviendas de las áreas endémicas de cada provincia. Asimismo, se pidió conocer la cantidad o porcentaje de la población en riesgo y su situación económica social, si se ha formulado y, en su caso puesto en práctica, un plan de mejoramiento de la vivienda rural y del peridomicilio, cuidando las características del entorno o la cultura de la región.

Los resultados de las respuestas recibidas se refieren a continuación.

9.1.-Información proveniente de cada Jurisdicción según Riesgo.

9.1.a.-Provincias con Riesgo Alto.

9.1.a.1.-Chaco

La provincia se encuentra estratificada en regiones de alto, mediano y bajo riesgo, tal como se muestra en la estratificación.

Departamento	Viviendas en riesgo – tipo	Viviendas tratadas		
		Año2008	Año 2009	Año 2010
Gral. Güemes	10000 – ALTO	8131	1876	1739
Gral San Martín	6400 – ALTO	951	1585	1257

Alte Brown	3500 – ALTO	117		317
Maipú	3500 – ALTO	931	336	46
Independencia	900 – ALTO			
Quitilipi	2000 – MEDIO	438	120	50
Chacabuco	900 – MEDIO	106		
Pcia la Plaza	100 – MEDIO	225		
2 de Abril	600 – MEDIO			
25 de Mayo	1500 – MEDIO	680	538	59
San Lorenzo	900 – MEDIO	779	73	283
12 de Octubre	1300 – MEDIO			
Mayor Fontana	2000 – MEDIO			
Fray J.Sta.Oro	1000 – MEDIO	90		
Gral Belgrano	900 – MEDIO			
9 de Julio	900 – MEDIO			
Bermejo	900 – MEDIO			
Tapenaga	600 – MEDIO			
O'Higgins	1200 – MEDIO	415		
Sgto Cabral	700 – MEDIO	51		
Gral.Donovan	500 – MEDIO	58	193	400
1º de Mayo	200 – BAJO	56	19	
Libertad	200 – BAJO		325	438
Cte.Fernandez	300 – BAJO	1765	488	1591
San Fernando	300 – BAJO	865		
TOTAL	42200	15664	5553	6180

La vigilancia vectorial se realiza a través de los Agentes Sanitarios de las Áreas Programáticas en sus rondas programadas (vigilancia activa) y por denuncias espontáneas de pobladores (vigilancia pasiva), controlándose el vector en base a la normativa nacional.

A nivel general la población afectada presenta mayoritariamente necesidades básicas insatisfechas.

La provincia a través del Instituto Provincial de viviendas está ejecutando un Plan de viviendas en todo el territorio provincial.

También está en marcha el Programa Mejor Vivir, por el cual se realizan Mejoramientos de las Unidades Domiciliarias.

9.1.a.2.-Córdoba

El Programa Provincial tiene bajo su ejido once (11) departamentos del Norte y Oeste del territorio cordobés coincidiendo con poblaciones de muy bajos recursos dedicados a la explotación de ganado menor en forma extensiva y a la explotación de recursos naturales (leña y carbón), habitando en su mayoría en viviendas deficientes (ranchos) constituyendo todos estos lugares propicios para el desarrollo del vector. Dentro de estos departamentos existen áreas de más alto riesgos que otros.

La vigilancia epidemiológica se realiza mediante la desinsectación de la vivienda y su entorno (corrales, gallineros, porquerizas, etc.), vigilancia y educación sanitaria.

Respecto de la fumigación de viviendas en áreas endémicas de la provincia se informó lo siguiente:

AÑO 2009		AÑO 2010	
Departamento	Area	Departamento	Area
San Javier	Los Cerrillos San José	San Javier	Luyaba La Paz
San Alberto	San Vicente San Pedro San Lorenzo Las Rabonas Mina Clavero	San Alberto	Panaholma
Cruz del Eje	Cruz del Eje Villa de Soto Guanaco Muerto	Cruz del Eje	Cruz del Eje Villa de Soto Paso Viejo Las Bateas Tuclamé Bañado de Soto Serrezuela
Ischilin	Chuña O. de San Nicolás	Ischilin	Quilino
		Minas	San Carlos La Estancia Ciénaga del Coro
		Río Seco	Villa Candelaria

		Tulumba	Las Arrias
--	--	---------	------------

Asimismo se informó que desde el año **2003** no se registran casos de Chagas agudo vectorial en la provincia de Córdoba.

9.1.a.3.-Formosa

La Provincia de Formosa es área endémica a la enfermedad de Chagas en todo su territorio, pero al mes de octubre de 2010 la zona de mayor índice de infestación de la vivienda con la vinchuca era el Departamento de Patiño.

En todos los Departamentos comprometidos el Control del Vector se realiza a través del Tratamiento Químico de las Viviendas, luego se mantiene la vigilancia a través de la búsqueda activa de las vinchucas, casa por casa, con una ronda cada 6 (seis) meses.

La implementación del rociado de viviendas se implementó en forma irregular desde el año 1978 pero desde el año 2007 se tomó un fuerte impulso comenzando en los Departamentos Ramón Lista y Matacos continuando con los (4) cuatro Distritos Sanitarios, informando que:

AÑO	Viviendas tratadas	Habitantes protegidos
2007	4.820	19.656
2008	5.462	21.898
2009	3.762	16.217
2010 *hasta agosto	2.323	9.267

Respecto del plan de mejoramiento de la vivienda rural y del peridomicilio se señaló que ese componente habitacional se lo ejecuta a través del Instituto Provincial de Acción Integral para el pequeño productor agropecuario (Instituto PAIPPA).

Se construyen viviendas rurales en el mismo terreno del pequeño productor (hasta fines de 2010 se construyeron 10192) y en relación a la construcción de viviendas modalidad aborigen construidas en las mismas comunidades de las diferentes etnias existente en Formosa se construyeron un total de 2552 viviendas.

9.1.a.4.-Mendoza

La vigilancia epidemiológica se realiza coordinando acciones de planificación y control de la división Zoonosis, Reservorios y Vectores con los distintos Municipios de los Departamentos de Mendoza. (7 de Abril de 2010- El Sol TV)

La enfermedad está presente en todos los departamentos de la provincia. Las comunas donde hay mayor cantidad de viviendas con vinchucas son San Rafael, Maipú, General Alvear, Lavalle, Santa Rosa y Guaymallén.

De acuerdo a las estadísticas de 2008, el departamento con mayor grado de infestación es San Rafael, con el 40%. Le seguían Maipú con el 24,65%; General Alvear, con el 17,05%; Lavalle, con el 15,23%; Santa Rosa con el 13,11% y Guaymallén con el 12,18%. El resto de las comunas no pasan el 10% de viviendas con vinchucas. El que tiene menor infestación es Rivadavia con el 1,8%. Al mes de 2010 un equipo de 120 personas, entre profesionales, enfermeros, pasantes y administrativos, de la División de Zoonosis, recorrieron distintos puntos de la provincia para revisar casa por casa, detectar dónde había vinchucas, fumigar las habitaciones, revisar a sus habitantes para ver si están infectados con el Chagas, realizar los tratamientos necesarios y volver al año siguiente para observar si siguen las vinchucas y continuar con las acciones previstas en forma coordinada por programas nacionales, provinciales y de los departamentos.

El resurgimiento de esta enfermedad, que se creía erradicada fue detectado en el 2008, pero los resultados aún están vigentes.

El sondeo mostró en ese momento que Mendoza tenía un Índice de Infestación Domiciliaria (IID) del 5%, lo cual la colocaba a la misma altura de riesgo que provincias como Formosa, Santiago del Estero y Chaco.

Para sacar tal índice, fueron revisados los domicilios y áreas perimetrales de zonas rurales o urbanas donde había villas inestables.

Esto dio como resultado que, de cada 100 casas visitadas, en 5 (cinco) encontraron vinchucas con el parásito. Eso significó que cada una de esas familias debía ser investigada para comprobar si sufrían del mal de chagas.

Algunos números de Chagas a Septiembre de 2010

- | | |
|-------------------------------------|-------------------|
| 1. Número de viviendas vigiladas: | 10.420 viviendas |
| 2. Número de viviendas fumigadas: | 3.421 viviendas |
| 3. Número de habitantes protegidos: | 34.957 habitantes |

(Fuente:Gobierno de Mendoza- NOV.2011)

9.1.a.5.-San Juan

La vulnerabilidad de la Provincia de San Juan por Departamentos es la siguiente:
Alto Riesgo: Rawson, Angaco, 25 de mayo, Capital, Pocito, Sarmiento, 9 de Julio y Chimbas.

Moderado Riesgo: Valle Fértil, San Martín, Albardón, Caucete y Ullum.

Bajo Riesgo: Jáchal, Santa Lucía, Iglesia, Rivadavia, Zonda y Calingasta.

El control de vectores se realiza a través de Brigadas compuestas por becarios nacionales, referentes municipales y operarios del Programa Provincial de Vectores, los que visitan cada unidad domiciliaria de la zona programada como prioritaria, revisando el interior y el peridomicilio en búsqueda del vector.

La información obtenida respecto del rociado en los distintos departamentos es la siguiente:

	Viviendas	Viviendas	Viviendas	Viviendas
--	------------------	------------------	------------------	------------------

Departamento	con riesgo y mediano	rociadas 2008	rociadas 2009	rociadas 2010
Capital	3434	102	1671	710
Chimbas	4320	18	194	779
Santa Lucía	2150	0	438	245
9 de Julio	846	0	6	124
25 de Mayo	1550	164	1067	409
Caucete	2643	346	773	951
Valle Fértil	681	164	204	223
Angaco	909	56	63	106
San Martín	403	232	116	188
Jáchal	1916	53	196	598
Iglesia	684	79	203	275
Albardón	2393	0	5	35
Rivadavia	3027	396	504	149
Ullum	393	19	3	86
Zonda	272	60	0	436
Calingasta	854	19	480	212
Pocito	4562	45	57	213
Rawson	4972	524	1409	81
Sarmiento	1981	21	19	884
TOTAL	37990	1343	7408	6704

Las tareas de mejoramiento de las Viviendas se realizaron en conjunto con el Programa PROMEBA (Programa de Mejoramiento de Barrios) en áreas Rurales/Urbanas en las siguientes villas durante el año 2010; en Chimbas en las Villas Mariano Moreno y 2 de abril y en la Capital Sanjuanina en las Villas Gral. Acha y Esteban Echeverría.

9.1.a.6.-Santiago del Estero

En el territorio provincial se han establecido áreas de menor y mayor vulnerabilidad formando un mapa con porcentajes de infestación. La desagregación de la información por localidad o departamento es copiosa la que se informa trimestral, semestral y anualmente al Programa Nacional y al FESP.

La vigilancia epidemiológica se realiza con la participación de Municipios, comisionados municipales, maestros, APS, cultos religiosos, comunicadores sociales, médicos, radio, TV, prensa escrita, redes sociales, ONGs, juntas vecinales, Movimientos campesinos (MOCASE) etc.

El Resumen de casas evaluadas (Cas.Eval.), casas tratadas (Cas. Trat.) y casas positivas (Cas.Posit) en cuatro ciclos es el siguiente para el AÑO 2009.

Departamento	1º Ciclo			2º Ciclo			3º Ciclo			4º Ciclo		
	Viv.. Eval	Cas. Trat.	Cas. Posit	Cas. Eval	Cas. Trat.	Cas. Posi	Cas. Eval	Cas. Trat.	Cas. Posit	Cas. Eval	Cas. Trat.	C. P
Aguirre	297	297	12	257	253	26	122	118	17	-	-	-
Alberdi	1415	1306	235	139	135	49	425	366	106	12	0	0
Atamisqui	2076	2075	628	49	135	15	87	87	64	-	-	-
Avellaneda	1874	1868	829	304	297	220	82	82	53	23	23	17
Banda	631	626	342	304	297	220	121	121	4	-	-	-
Belgrano	878	863	13	77	77	0	-	-	-	-	-	-
Capital	1543	1529	339	268	268	132	-	-	-	-	-	-
Choya	1513	540	989	70	70	26	-	-	-	-	-	-
Copo	540	1433	41	630	159	519	-	-	-	-	-	-
Figueroa	206	206	186	530	269	373	918	588	196	121	121	2
Guasayan	641	638	120	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ibarra	284	284	75	144	143	78	-	-	-	-	-	-
Jiménez	599	591	78	141	141	41	22	22	2	-	-	-
Loreto	124	90	49	1138	440	306	161	62	46	-	-	-
Mitre	480	480	34	44	41	0	-	-	-	-	-	-
Moreno	448	446	68	57	0	0	805	189	540	-	-	-
Ojo de Agua	285	186	56	2064	329	165	-	-	-	-	-	-
Pellegrini	1096	1090	542	239	239	215	-	-	-	-	-	-
Quebrachos	1326	1153	771	300	64	47	-	-	-	-	-	-
Rio Hondo	321	321	258	19	19	17	-	-	-	-	-	-
Rivadavia	405	347	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Robles	756	754	21	331	331	1	2	2	0	-	-	-
Salavina	3468	3466	1439	180	180	4	71	71	2	-	-	-
San Martín	378	354	61	6	6	6	-	-	-	-	-	-
Sarmiento	223	222	60	7	7	0	-	-	-	-	-	-
Silipica	299	298	141	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Taboada	280	374	125	27	27	14	322	309	101	-	-	-
Total c/ciclo	22486	21847	7533	7339	3774	2346	3138	2017	1131	156	144	19

TOTAL AÑO 2009	CASAS EVALUADAS	CASAS TRATADAS	CASAS POSITIVAS	% POSITIVAS
	33119	2772	11029	33%

TOTAL al 31/07/2010	CASAS EVALUADAS	CASAS TRATADAS	CASAS POSITIVAS	% POSITIVAS
	246463	10139	4203	17%

Se registró un sensible descenso en los índices de infestación domiciliar y una seroprevalencia negativa en la transmisión vectorial, compatibles con las acciones de prevención y control antivectorial y a las mejoras socio-ambientales impulsadas desde 2005 por el Programa Provincial de Chagas, con apoyo del Servicio Nacional de Chagas. Asimismo, la prevalencia en escolares de 5 a 15 años fue del 1%, tasa inferior a las anteriores.

9.1.b.-Provincias Con Riesgo Medio

9.1.b.1.-Catamarca

Históricamente la Provincia es área endémica en todos sus departamentos a excepción del Dpto. de Antofagasta de la Sierra.

El control vectorial se realiza con acciones de evaluación y fumigación de unidades domiciliarias.

Según el Ministerio de Salud de la Provincia de Catamarca, al año 2010 la estrategia de la vigilancia de la transmisión vectorial en la provincia está basada en las acciones horizontalizadas, realizadas por agentes municipales, agentes del Servicio Nacional de Chagas y fundamentalmente por los Agentes Sanitarios del Sistema de Atención Primaria de Salud (A.P.S.); y los hospitales cabeceras departamentales y hospitales interzonales de la capital los que llevan a cabo actividades de control para la vigilancia de la transmisión no vectorial.

Al año 2010 la provincia catamarqueña contaba con 392 (trescientos noventa y dos) agentes sanitarios distribuidos en toda la provincia, con una cobertura del 95% en departamentos de interior y el 40% en la ciudad capital

(Fuente pág. Web del M de Salud de Catamarca)

	AÑO 2008			AÑO 2009		
	Viviendas			Viviendas		
Departamento	Programadas	Tratadas	Infestadas	Programadas	Tratadas	Infestadas
Capital	1417	1360	97	512	320	17
Capayan	2136	2094	97	1816	1371	114
F. M. Esquiú	2408	2408	13	2845	1372	109
Poman	1603	1603	278	1943	2573	260
Tinogasta	120	40	15	3024	3153	3
Valle Viejo	543	204	12	5449	3153	3
Ambato				721	698	0

Andalgala				2612	129	8
Belen				838	480	0
El Alto				659	281	0
La Paz				2263	1392	75
Santa María				2576	283	50
Santa Rosa				670	697	19
Totales	8217	7709	512	25928	12749	658

Se ha informado que en Catamarca no se ha implementado un Plan de mejoramiento de vivienda rural y peri domicilio enmarcado en la lucha para combatir el Mal de Chagas.

9.1.b.2.-Corrientes

Durante el año 2010 se intensificó el trabajo de erradicación vectorial en 6 (seis) de los departamentos más afectados: San Luis del Palmar, Empedrado, Itatí, San Cosme, General Paz y San Miguel. Las acciones continuarían el año que viene en el resto de las zonas donde existe la enfermedad. Se actuó principalmente en las viviendas rurales con fumigación, buscando establecer un bloqueo para evitar que el vector siga avanzando.

El trabajo sobre el chagas se centró en los Departamentos de Empedrado y San Luis del Palmar pues la 3º sección fue la que presentó la mayor presencia del vector, llegando, en el Paraje de Rincón de Navarro, a 40 % de las viviendas infestadas, con alto índice de casos positivos disminuyendo drásticamente en los Departamentos de General Paz y Empedrado, donde se cubrió toda la zona con las tareas adecuadas.

El control vectorial se realiza mediante brigadas Provinciales y Nacionales programando un área de trabajo. Se destina el personal capacitado para las visitas domiciliarias donde se realizan encuestas a los moradores, búsqueda de rastros y capturas de los triatóminos para su ulterior derivación al centro de entomología para su tipificación y determinación de la presencia del parásito.

La fumigación de viviendas con ataque químico se realiza en sentido vertical y descendente.

En el año 2010 el total de viviendas con tratamiento químico se desarrolló en los siguientes departamentos de la provincia y en las cantidades que se indican a continuación:

DEPARTAMENTO	TOTAL VIVIENDAS TRAT.QUIMICO C/
Empedrado	700
General Paz	500
San Miguel	430
San Luis del Palmar	700

9.1.b.3.-La Rioja

Las tareas de geo-referencia de las viviendas, evaluación y tratamiento químico están a cargo de las brigadas de la Dirección Provincial y las municipales hasta poder instalar la vigilancia sustentable por el programa que se ha diseñado, llamado ViChaGe y que será llevado a cabo por el referente de cada uno de los departamentos y las respectivas brigadas municipales.

En el año 2003 se constató que en los 3 departamentos del sur (Rosario V. Peñaloza, Gral. San Martín, Gral. Ocampo) los índices de infestación domiciliar era un promedio del 50 % con localidades del 83% intradomicilio con infestación.

En su oportunidad se cubrió todo el departamento de Gral. San Martín tanto en la zona rural y en el periurbano comprobando que con 720 viviendas había un 50% de viviendas infestadas en el intra domicilio y en las 900 viviendas de Ulapes sólo un 2 % con lo cual se marcó como prioridad fundamental la zona rural para tratar.

En base a los índices levantados se pudo elaborar un proyecto para toda la zona endémica que además de involucrar el Departamento de Gral. San Martín estaban incluidos los departamentos de Rosario V. Peñaloza, Gral. Juan Facundo Quiroga, Chamental, Gral. Belgrano, Independencia, Gral. Ocampo, Ángel V. Peñaloza y la zona rural de la Capital.

A partir del año 2006 se comenzó a georeferenciar cada una de las viviendas rurales y registrar el estado que presentaban en el momento de la evaluación además del tratamiento químico de las mismas. El control del vector se realiza por departamentos por medio de la brigada provincial junto con las brigadas municipales y refuerzos provistos por cada uno de los municipios. Una vez realizado este trabajo en forma masiva en todas las viviendas de las zonas rurales se instala la vigilancia (Programa ViChaGe).

Hasta el mes de abril de 2011 no se pudo montar la vigilancia sustentable aunque se hayan logrado índices de infestación menores del 1 % en todas nuestras zonas endémicas (...) dada la imposibilidad de lograr la existencia de un vehículo pura y exclusivamente para la vigilancia, por lo que como se referenció precedentemente están a la espera de que Nación y la Provincia entreguen un cuatriciclo (250 cc de trabajo) y una moto de enduro para el referente municipal de chagas para poder contar con movilidad permanente.

Al implementar la georeferencia se determina la presencia de vinchuca en el intra domicilio y ante ello se la debe considerar como una urgencia y efectuarse el procedimiento previsto, en forma inmediata, por el riesgo que esto significa para la transmisión vectorial del mal de chagas.

El Programa ViChaGe juntamente con el CriLar han trabajado en los peridomicilios en corrales y gallineros haciendo 40 (cuarenta) mejoramientos (en Rosario V. Peñaloza e Independencia) y así poder investigar con los diferentes materiales, cómo se comportaban ante la infestación con el correr del tiempo y así poder aconsejar un mejoramiento a nivel provincial.

También la Dirección de Chagas hizo un proyecto de mejoramiento de 1.500 dormitorios (lugar donde se produce la transmisión vectorial) los cuales requieren \$ 2.500 cada uno para poder ponerlo en práctica, proyecto que fue presentado a las autoridades competentes que hasta el mes de abril de 2010 no se había puesto en marcha.

Por otro lado el gobierno de la provincia puso en marcha la erradicación de ranchos el que se está realizando en todo su territorio.

La Coordinación de Control de Vectores de la Provincia de la Rioja tiene como objetivo solicitar la certificación de libre Transmisión Vectorial en la Provincia para el año 2016.

Desde dicha Coordinación se afirma: “Lo fundamental es lograr la instalación de la vigilancia en todo el territorio de la provincia, dejando constancia que a partir de fines del año 2005 no se diagnosticó chagas agudo vectorial en la provincia de La Rioja hasta abril de 2011 (...) pero de no poder instalar la vigilancia sustentable en tiempo y forma también sabemos que a los 2 (dos) años comienza la reinfestación en el intra domicilio.”

9.1.b.4.-Misiones

Desde el 2008 hasta el mes de setiembre de 2010, se han realizado evaluaciones entomológicas y control químico, de acuerdo a la normativa del Programa Federal en los departamentos Capital, San Ignacio, Oberá y Leandro N. Alem estimados como los de mayor índices de infestación.

Los Departamentos de mayor vulnerabilidad o riesgo de transmisión definidos por índices de infestación domiciliaria por Triatóminos, serología positiva y resultados de estudio de contenido intestinal de los insectos capturados corresponden al cuadro que continúa:

DEPARTAMENTOS	LOCALIDADES		
Leandro N. Alem	*Alem *Dos Arroyos *Caá Yará	*Cerro Azul *Olegario	*Gnor.Lòpez *O. V.Andrade
Oberá	*Colonia.Alberdi Colonia S.Martin *Campo Ramón	*Guaraní *Panambí	*Los Helechos *Villa Bonita
Candelaria	*Profundidad *Bella Vista *Mártires	Cerro Corá *Bonpland	*Santa Ana *Loreto
Concepción	*Concepcion de la Sierra	*Sta. María la Mayor	

San Javier	*Mojón Grande	*San Javier	*Itacaruaré
San Ignacio	*Domingo Favio Gnor. Roca	*Pastoreo Corpus	*San Ignacio
Apóstoles	*Apóstoles *Tres Capones	*Azara	*San José
25 de Mayo	*Colonia Aurora *Colonia Alicia *25 de Mayo	*Santa Rita *Londero	*Barra Bonita *Alba Posse
Cainguas	*Aristóbulo del Valle		
Guaraní	*Chafariz		
Capital	*Fachinal		

La evaluación y control químico según las normas del Programa Federal de Chagas lo realiza el Ministerio de Salud junto a los municipios.

Los programas de mejoramiento de la vivienda rural y de viviendas rurales nuevas se ejecutan a través del Instituto de Desarrollo Habitacional (IPRODHA). No existen programas para el mejoramiento de construcciones anexas en el peridomicilio.

9.1.b.5.-Salta

La provincia de Salta posee estratificado el riesgo de transmisión vectorial según Area Operativa (unidad mínima administrativo-sanitaria) según la siguiente tabla:

ÁREAS OPERATIVAS	VIVIENDAS RURALES	TIPO DE RIESGO
Apolinario Saravia	326	BAJO
El Quebrachal	636	BAJO
Joaquín V. González	523	BAJO
Las Lajitas	513	BAJO
El Galpón	1179	BAJO
Rosario de la Frontera	682	BAJO
Orán	763	BAJO
SUBTOTAL R. BAJO	4.622	

Cafayate	357	MEDIANO
San Carlos	317	MEDIANO
SUBTOTAL R MEDIANO	674	
Alto La Sierra	432	ALTO
Morillo	1104	ALTO
Riv. Banda Sur	675	ALTO
Sta. Victoria Este	1328	ALTO
La Unión	615	ALTO
SUBTOTAL R. ALTO	4.154	
Aguaray	1096	MUY ALTO
Salvador Mazza	909	MUY ALTO
SUBT. R. MUY ALTO	2005	
TOTALES	11455	

La vigilancia entomológica se encuentra descentralizada a nivel local. Tanto la vigilancia como el tratamiento insecticida de viviendas es realizado por agentes sanitarios y operativos de la provincia salteña. Las viviendas incluidas en el denominador son evaluadas como mínimo tres (3) veces al año, debiendo confeccionarse un formulario especial para cada una. Además se encuentran georreferenciadas e incorporadas a bases de datos, bajo el entorno Google Earth. Por otra parte en la provincia se realiza monitoreo de resistencia en insectos capturados en puntos de intersección con caminos y senderos que pudieran servir de introducción de T. Infestans resistentes desde Bolivia.

Debido a que la provincia de Salta se encuentra en fase de consolidación, el tratamiento insecticida se realiza en función de la detección de viviendas colonizadas por vinchucas únicamente.

Se trataron químicamente la siguiente cantidad de viviendas:

AÑO	VIVIENDAS TRATADAS
2008	352
2009	168
09/2010	99

En las dos áreas operativas colindantes con la República de Bolivia (Prof. Salvador Mazza y Aguaray) que se encuentran infestadas exclusivamente por poblaciones de Triatoma infestans resistentes a deltametrina, se trataron biológicamente 88 viviendas.

Desde la implementación del Programa Atención Primaria de la Salud se vienen realizando actividades de prevención de la transmisión vectorial y no vectorial de la Enfermedad de Chagas.

En 1981 la infestación provincial relevada fue del 82 %, tres años más tarde se había reducido al 5%. Una de las claves para sostener y reducir aún más este indicador a través del tiempo actualmente (2010) en 1,2 % fue la educación familiar para el majeo del peridomicilio, con la finalidad de evitar o posponer el ciclo de reinfestación habitacional a partir del mismo, mediante el alejamiento de corrales y gallineros. Simultáneamente se lograron avances en el automejoramiento de revoques y ordenamiento de enseres, ropa etc. especialmente en la población criolla.

A través del Instituto Provincial de la Vivienda, están en ejecución el Plan Federal de Solidaridad Habitacional para Aborígenes mediante el cual se reemplazaron 485 viviendas en 4 años, gestionándose la construcción de 260 más, con las condiciones de salubridad adecuadas para el tema en trato.

Finalmente la población que vive en las áreas con vigilancia vectorial permanente asciende a 44.130 personas (3.5% de la población total de la provincia).

9.1.b.6.-San Luis

Desde el año 2005 se viene trabajando en la provincia de San Luis con una estrategia de cobertura por departamento, en base a una sucesión de actividades y acciones tanto de control del vector como de la enfermedad. Dichas acciones comienzan con la investigación entomológica, de acuerdo a los índices hallados se realizan uno o más ciclos de ataque químico con insecticidas piretroides (provistos por el Ministerio de Salud de la Nación), luego se monta un sistema de vigilancia activa mediante referentes del Plan Inclusión Social o trabajadores municipales, con doble supervisión y apoyo logístico de la coordinación.

Así se han trabajado los departamentos que presentaban los indicadores socio económicos más bajos de la provincia y que históricamente tenían los índices de infestación domiciliario más altos: San Martín y Belgrano fueron los primeros y a ellos siguieron Ayacucho, Pringles, Junín y Capital (en su vasta zona rural). A marzo de 2011 se desarrollaron actividades en los departamentos de Dupuy, Pedernera y Chacabuco.

Se ha creado una nueva urbanización en el área endémica (ciudad de La Punta) que ha venido a paliar no sólo la necesidad habitacional creciente sino también la mejora de la calidad de vida de los habitantes de departamentos endémicos. Se han construido no sólo núcleos habitacionales en pequeñas localidades de áreas endémicas (por ejemplo; en las localidades de Potrerillos o Las Vertientes en el departamento de San Martín, en la Comunidad de Ranquel en el departamento de Pedernera) sino y, además, la provincia de San Luis ha encarado proyectos de construcción de nuevas viviendas y sustitución de ranchos con mejora del peridomicilio en el departamento de San Martín y en el departamento de Ayacucho para la Comunidad Huarpe.

El Ministerio de Salud de la Provincia de San Luis a través del Programa de Epidemiología del cual depende la Coordinación

Provincial de Chagas-Mazza manifiestan que están embarcados en la tarea de lograr la certificación de la provincia como Libre de Transmisión Vectorial de la Enfermedad, constituyendo el combate del mal de Chagas en San Luis, un apolítica de estado llevando adelante una tarea intersectorial e interdisciplinaria con incorporación de tecnología de punta en el manejo de la información y cuidado esmerado en la detección y tratamiento oportuno de los casos de enfermos detectados.

9.1.b.7.-Santa Fe

En la Provincia de Santa Fe existe una zona de riesgo para la *transmisión vectorial* de la Enfermedad de Chagas, integrada por los Departamentos 9 de Julio, Vera, General Obligado, San Javier, San Cristóbal y parte de los departamentos San Justo y Garay, en los cuales se intensifican las tareas de control vectorial.

En zona la de riesgo para transmisión vectorial, se realiza el control del vector en el domicilio y peridomicilio, procediendo a los trabajos de rociado de las viviendas positivas. Por normas nacionales si el porcentaje de infestación de las viviendas supera el 5 % se debe realizar un rociado de la totalidad de las viviendas de la localidad evaluada. Si este porcentaje es inferior al 5 % se debe realizar un rociado de las viviendas positivas y las ubicadas a menos de 450 m de distancia.

La vigilancia entomológica se realiza a través de acciones sistemáticas de recolección de datos utilizando las evaluaciones entomológicas realizadas por técnicos del servicio nacional, provincial o comunal, como así también por notificaciones de la presencia del vector realizadas por los pobladores, escuelas o distintas instituciones y organismos ubicados en zona de riesgo.

	Viviendas evaluadas	Viviendas positivas	Viviendas rociadas	% de infestación
AÑO 2008	2353	120	751	1,30
AÑO 2009	1355	83	512	6.13

AÑO 2010

Departamento

9 de julio	1251	56	437	4.39
Vera	579	22	118	3.79
Gral. Obligado	1160	10	123	0,43
San Cristóbal	1033	65	300	1.16
Total - 2010	4023	153	978	3,81

9.1.b.8.-Tucumán

La enfermedad de Chagas en la provincia de Tucumán presenta una situación de riesgo intermedio con re-infestaciones mayores al 5% en algunos departamentos e insuficiente cobertura de vigilancia en algunos casos, por lo que deben conjugarse esfuerzos en forma sostenida para alcanzar el corte de la transmisión en los próximos 3 años (2014).

Al año 2011 los Departamentos de la provincia están caracterizados con los siguientes riesgos en cuanto la transmisión vectorial.

DEPARTAMENTOS	RIESGO
Granaderos	ALTO
Tafí del Valle	ALTO
Simoca	ALTO
Leales	ALTO
Cruz Alta	MEDIANO
Burruyacu	MEDIANO
Lules	BAJO
Trancas	BAJO

El riesgo es alto ya que sus Índices de infestación superan el 5 % a expensas de la infestación en el peridomicilio,

Los restantes departamentos se encuentran SIN RIEGO de transmisión vectorial.

POBLACIÓN EN RIESGO (estimada al año 2010)

	DEPARTAMENTO						
	Cruz Alta	Leales	Simoca	Tafi del Valle	Granero	Trancas	Lules
Total	185895	56126	29955	15796	14122	18156	67071
P/transmisión vectorial	7436	2245	1196	632	565	726	2683
Menores de 15 años	56164	15958	8661	4841	4245	5871	19971

En relación al control vectorial (vigilancia epidemiológica) se utiliza la estrategia de información, educación y comunicación (IEC) para que la comunidad conozca lo que debe prevenir y lograr así el empoderamiento de la misma.

La vigilancia entológica pasiva en departamentos de riesgo está a cargo de los Agentes Socio Sanitarios de Atención Primaria de la Salud y de los Agentes Socioambientales capacitados en forma permanente por AFACIMERA. La Coordinación Nacional de Control de Vectores (CNCV) es notificada de las

viviendas infestadas por Triatoma Infestis para su rociado y de las viviendas de pacientes infestados para su evaluación, previa al tratamiento.

La evaluación y rociado de las viviendas de las localidades de riesgo se encuentra a cargo de los operarios de la CNCV.

La provincia cuenta con una Brigada de Control de Vectores dependiente de Salud Ambiental capacitados por personal de la brigada nacional. Entre el Programa y la Coordinación se establece un plan en forma de barrido comenzando por los departamentos de alto y moderado riesgo

En 2009 se terminaron de rociar localidades de Graneros y se inició la evaluación y rociado en el departamento de Leales.

Al año 2011 se están georreferenciando con GPS las viviendas de las localidades de riesgo para su posterior control y se está gestionando promover a través de otros organismos (Desarrollo social, Instituto de la vivienda, INTA, etc.) el mejoramiento de la vivienda de alto riesgo (modificaciones del domicilio y del peridomicilio).

La vía de transmisión más importante es la vectorial pero la transmisión congénita de Trypanosoma cruzi ha ido aumentando su importancia a medida que la transmisión vectorial y transfusional han sido crecientemente controladas.

9.1.c.-Provincias con Riesgo Bajo

9.1.c.1.-Entre Ríos

En la provincia de Entre Ríos existen ocho Departamentos históricamente endémicos pero en el año 2004 se logró la certificación de la no transmisión vectorial.

En el año 2011 se está trabajando para la recertificación.

La vigilancia se realiza por los APS locales. En septiembre y octubre del año 2008 se realizó fumigación intra y peri domiciliaria en 12 (doce) viviendas de la Localidad de Isletas del Departamento de Diamante. En esa oportunidad se detectaron vectores en peridomicilio (gallineros) de 3 (tres) viviendas por lo que se realizaron las acciones recomendadas y en el seguimiento y evaluación de la evolución no se volvieron a encontrar vectores.

9.1.c.2.-Jujuy

En 2001 la provincia de Jujuy certificó la interrupción de transmisión vectorial en todo su territorio luego de las evaluaciones internacionales correspondientes (Resolución OPS-INCOSUR/HCP/HCT/216/02) Ello es una primera meta e implica incidencia cero para nuevos casos adquiridos por transmisión vectorial/postransfusional de la enfermedad, logro intermedio hacia un objetivo final de eliminación.

El control de vectores es consecuencia de la vigilancia epidemiológica y en la provincia de Jujuy la vigilancia de Chagas tiene diferentes niveles.

En Chagas como en ninguna otra enfermedad metaxénica la única vigilancia proactiva (previa al daño) es la vigilancia entomológica, es decir vigilar la presencia del vector (vinchuca) en las viviendas. Esto se debe a que por su muy baja

visibilidad clínica cuando se detecta un caso agudo vectorial ya es tarde pues la transmisión está fuertemente instalada.

La vigilancia de la presencia del vector en las viviendas se basa en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), la presencia de una casa con vinchucas constituye en Jujuy una emergencia sanitaria, su denuncia debe ser inmediata por parte del personal de APS, la respuesta del Departamento ante una vivienda positiva no debe superar las 72 horas.

Actualmente las viviendas infestadas no superan las 4 ó 5 anuales sobre 70.000 a 80.000 vigiladas por año.

La fumigación es preventiva, no curativa; salvo en aquellas viviendas (4 ó 5) que se detectan positivas en todos los casos con una densidad de vinchucas muy baja. La fumigación es anual y se realiza de manera permanente, no sobre casas infestadas, sino sobre casas de riesgo, por sus condiciones edilicias, pobladas por migrantes o sectores de riesgo histórico.

No existe en la provincia de Jujuy un plan de mejoramiento rural sistemático y con financiamiento. Existen normativas que el personal de APS recibe desde el Departamento de Control que se basan en las siguientes premisas: casa limpia, ordenada y animales domésticos fuera de las habitaciones. Agregan que han determinado que estas premisas son más importantes que el estado edilicio de las viviendas.

9.1.c.3.-La Pampa

El Programa de Chagas ha venido desarrollando las actividades de vigilancia y control vectorial. Las mejoras de la vivienda urbana y rural, la educación de los niños a nivel primario complementado con las acciones de rociado por parte del Programa Provincial, permitió la Certificación de la provincia de La Pampa: libre de transmisión vectorial. Los indicadores vectoriales (índices de infestación de Vivienda) así como los no vectoriales (seroprevalencia de mujeres embarazadas, niños de hasta 15 años en estudios poblacionales), permitieron alcanzar la meta de la Certificación.

La vigilancia se realiza desde el Nivel Central por tanto es activa con personal de campo que visita las viviendas y realiza la inspección y evaluación minuciosa de las mismas, tanto del intradomicilio (donde duermen los moradores) como del Peridomicilio (ámbito de influencia de los moradores pero estructuralmente separado de los dormitorios) y corresponde a gallineros, galpones, corrales, etc. De resulta de ello, se procede a la captura de ejemplares de Triatoma y su posterior análisis para detección de T. Cruzi en el Laboratorio que posee el programa en su sede. Los efectores locales cumplen un rol altamente significativo, en lo que se denomina vigilancia pasiva que informa al Programa sobre la presencia de triatóminos y remite los mismos para su análisis.

El tema de Recursos Humanos resulta crítico prácticamente en todos los distritos, dado que los operarios de Chagas (vinchuqueros) se están jubilando y el recambio de los mismos es dificultoso.

Desde el año 2008, hasta la fecha se han realizado tareas en los siguientes Departamentos:

AÑO	DEPARTAMENTOS	TOTAL DE VIVIENDAS EVALUADAS	TOTAL DE VIVIENDAS ROCIADAS
2008	<ul style="list-style-type: none"> - Lihue Calel - Limay Mahuida - Utracan - Curaco Toay - Guatraché - Capital 	1051	920
2009	<ul style="list-style-type: none"> - Lihue Clel - Chalileo - Chical Co - Coneto - Curaco - Limay Mahuida - Leventué - Puelen - Rancul - Utracán 	737	465
2010	<ul style="list-style-type: none"> - Chalileo - Chical-Co - Conelo - Curaco - Guatrache - Limay Mahuida - Loventué - Puelén - Rancul - Utracán 	3158	873
2011 (1º semestre)	<ul style="list-style-type: none"> - Puelen - Guatrache - Caleu-Caleu - Hucal 	978	830

La Provincia de La Pampa ha ejecutado planes de mejoramiento de las viviendas rurales a través del Ministerio de Bienestar Social en la zona endémica provincial,

y en el sector urbano a partir del Instituto Provincial Autárquico de la Vivienda (IPAV). Este último seguía, al año 2011, ejecutando viviendas. No obstante han informado que el sector rural se encuentra sufriendo un proceso de despoblamiento marcado, que se observa en toda la zona rural de la provincia. La Administración Provincial de Energía (APE) se encuentra abocada a la colocación de equipos solares para la población rural del oeste pampeano (paneles solares, baterías y lámparas de bajo consumo) mediante créditos con cuotas accesibles y a largo plazo, contribuyendo en gran medida el mejoramiento de la calidad de vida de los pobladores.

En relación a la situación de la población en riesgo La Pampa no registra transmisión vectorial desde los comienzos de la década de los ochenta y la situación de riesgo se dirige en la actualidad a los hijos de madres positivas para T. Cruzi.

Respecto de la situación económica y social de la Provincia de La Pampa se puede afirmar que los departamentos y población involucrada históricamente con la transmisión vectorial se localizaron en el oeste provincial, cuyos indicadores han sido más desfavorables comparados con la zona Este de la provincia. Por tanto la región oeste ha sido objetivo prioritario por parte del estado provincial, lo cual permitió, en lo referente a la enfermedad de Chagas, lograr la certificación de la provincia como libre de transmisión vectorial, en el año 2001. Dicha certificación fue posible a través del mejoramiento de viviendas, educación y medidas directas de control del vector dentro del marco del Programa Provincial de Chagas.

9.1.c.4.-Neuquén

Desde el departamento de Salud Ambiental de la Subsecretaría de Salud, se trabaja para que la provincia del Neuquén esté libre de transmisión vectorial de Chagas.

En el año 2011 se visitaron 1000 (mil) viviendas en las que era posible encontrar el insecto que transmite la enfermedad.

Se trata de la zona endémica, compuesta por los diez departamentos provinciales: Confluencia, Añelo, Chos Malal, Zapala, Minas, Pehuenches, Picunches, Picún Leufú, Loncopué y Ñorquín.

En dichos Departamentos (2010/2011) se han rociado las viviendas que se detallan:

DEPARTAMENTO	Nº DE VIVIENDAS
Chos Malal	658
Pehuenches	185
Añelo	406
Las Lajas	80
Zapala	170
Catan Lil	12
Picunchez	6

Picun Leufú	35
Confluencia	3645

Tras visitar las viviendas se detectaron triatomas infestans en 2 (dos) lugares, y en 1 (uno) de los sitios en 2 (dos) ocasiones lo que permitió instalar muy bien la vigilancia, porque estos lugares ya fueron fumigados y fueron bien identificados. Realizados los análisis correspondientes dieron como resultado negativo a la presencia del parásito Trypanosoma cruzi.

En otros casos, también se encontraron vinchucas silvestres, las que no transmiten la enfermedad, pero permiten dilucidar que es la zona donde puede habitar el insecto, por las condiciones climáticas y del terreno.

En el recorrido por la provincia, se georeferenciaron los lugares y se instaló un sistema de vigilancia con documentación que, de ahora en más, va a estar a cargo de los agentes sanitarios capacitados al efecto.

Las viviendas visitadas suelen ser construcciones precarias, de adobe, con rasgaduras y techos de ramas, entre otras características. Además, se observa las viviendas que tienen crianza de animales, dado que las pocas vinchucas que se encontraron lo fueron en el peri domicilio (gallinero donde hay corrales de chivos o palomares).

Hace más de diez años que no se detectan en Neuquén enfermos de Chagas agudo vectorial en la provincia, es decir la enfermedad transmitida directamente por la vinchuca. (Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén).

9.1.c.5.-Río Negro

La Provincia de Río Negro desde el año 2001 posee status sanitario de "Provincia libre de transmisión Vectorial y Transfusional" certificación que otorga la Iniciativa para el Control de la Enfermedad de Chagas del Cono Sur (IN.Co.Sur) auspiciada por la OPS.

El mapa epidemiológico comprende (9) nueve departamentos: Gral. Roca, Avellaneda, Pichi Mahuida, Gral. Conesa, Adolfo Alsina, San Antonio, Valcheta, 9 de julio, El Cuy, que tradicionalmente fueron endémicos con presencia del vector y (4) cuatro departamentos (Bariloche, Ñorquinco, 25 de Mayo y Pilcaniyeu) donde nunca se ha detectado la presencia del vector.

Al año 2010 los sistemas de vigilancia basados en los servicios de atención primaria de la red hospitalaria y de salud ambiental se concentran en identificar situaciones de riesgo (por ejemplo población migrante) para mantener el status alcanzado.

El sistema de vigilancia epidemiológico y control de la enfermedad de Chagas está basada en estrategias de Atención Primaria de la Salud que contempla:

- la visita programada del Agente Sanitario Hospitalario en la detección temprana de la presencia del vector y como primer instrumento de ataque químico,

- la articulación de Salud ambiental con Municipios para la ejecución de rociados en áreas urbanas cuando esto es requerido,
- la mecánica empleada incluye el estudio de foco y posterior rociado puntual con insecticidas piretroides de las viviendas en las que se detecta aparición vectorial mediante rociadoras manuales (agentes sanitarios) y rociadoras tipo Las-ka (agentes municipales) y supervisión a cargo de la red de veterinarios y técnicos en saneamiento de salud ambiental.

En relación al control vectorial con actividades y tratamiento químico domiciliario en fase de vigilancia entomológica correspondiente al año 2009 se informó:

DEPARTAMENTO	DOMICILIOS	
	Cantidad Cubierta	Viviendas Tratadas
Adolfo Alsina	2153	46
Avellaneda	3322	318
Conesa	1961	5
El Cuy	1166	5
Gral. Roca	19609	94
Pichi Mahuida	0	0
San Antonio	3609	0
Valcheta	1966	36
9 de julio	1013	4
TOTAL	34799	505

Desde el Programa de Control de Chagas Provincial no se han realizado acciones de mejoramiento de viviendas en los últimos años.

Las provincias de **Buenos Aires, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego y la Ciudad Autónoma de Buenos** han sido declaradas **SIN RIESGO DE CONTAGIO VECTORIAL**.

10.-Otras formas de transmisión de la enfermedad de Chagas.

La Ley N° 26.281 declara de interés nacional la prevención y control de todas las formas de la enfermedad de Chagas, entre otras, estableciendo la obligatoriedad de la realización y notificación de las pruebas diagnósticas establecidas según Normas Técnicas del MdeSALUD, en toda mujer embarazada, en los recién nacidos, en hijos de madres infectadas, hasta el primer año de vida y en el resto de los hijos, menores de catorce (14) años de las mismas madres y, en general, en niños y niñas al cumplir los seis (6) y doce (12) años de edad. De la misma forma, son obligatorios los controles serológicos en donantes y receptores de órganos, tejidos y de sangre a transfundir. (Fuente. Grupo de Trabajo OPS en Enfermedad de Chagas, Montevideo, Uruguay, noviembre de 2001 Myriam Lorca H.)

Como ya se indicara la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas sigue siendo el principal mecanismo de transmisión del **Trypanosoma cruzi**, pero existen otros mecanismos de transmisión: trasplacentaria, transfusional, trasplante de órganos y otras de menor relevancia como la vía digestiva, leche materna y accidentes de laboratorio que deben ser motivo de atención para la comunidad científica y las autoridades de Salud Pública del país.

10.1.a.-Transmisión trasplacentaria

La infección por **Trypanosoma cruzi** de las embarazadas produce la transmisión trasplacentaria al feto en formación y se puede producir en cualquier etapa de la infección materna, en embarazos sucesivos, gemelares, y generalmente se producen fetopatías pero no abortos

El niño al nacer puede presentar una amplia gama de manifestaciones que van desde recién nacidos aparentemente sanos y de peso adecuado a la edad gestacional (90% de los casos) hasta cuadros graves que pueden llegar a ser mortales con niños de bajo peso, prematuros con hepatoesplenomegalia y otros síntomas.

La incidencia de la transmisión trasplacentaria es variable, dependiendo de los métodos diagnósticos empleados al nacer y al grupo estudiado.

La aparición de casos nuevos por año justifica la implementación de un programa de intervención trasplacentaria, y a todos los niños infectados y diagnosticados precozmente curan evitándose con ella la perpetuación de la infección que puede en el futuro determinar una población chagásica mantenida a pesar del control vectorial.

Un programa de intervención debe incluir el screening obligatorio de las embarazadas o del recién nacido en el momento del parto para detectar anticuerpos IgG, si ambos resultan serológicamente positivos el niño debe ser estudiado para la búsqueda del parásito. En la actualidad los métodos más recomendados son el microstrout y el PCR. Su justificación económica es ampliamente recomendada, por el beneficio que significa para los países del área un menor número de casos cardíacos chagásicos o de megaformaciones en el futuro.

Conforme la Res MdeSAL N1 867/12, las 24 jurisdicciones nacionales poseen riesgo de transmisión congénita derivado de las migraciones internas e internacionales de países vecinos con elevada endemicidad a lo que denomina *Riesgo Universal*.

10.1.b.-Transmisión transfusional

La prevención de este mecanismo de transmisión transfusional debe incluir el descarte de los donantes seropositivos en los bancos de sangre, para ello deben extremarse las medidas de control de calidad de los kits serológicos.

La creación de una red de bancos de sangre con donantes voluntarios, de cobertura de un 100% de los donantes, reactivos de buena calidad, personal capacitado y derivación de los pacientes seropositivos a la atención médica es la mejor

herramienta para controlar esta forma de infección y disminuir de esta forma la población de chagásicos para el futuro.

10.1.c.-Transmisión por trasplante de órganos

El diagnóstico de la transmisión del **Trypanosoma cruzi** por trasplante de órganos, en los servicios especializados, se efectúa a través del estudio serológico previo al donante y al receptor.

Los centros dedicados al trasplante de órganos efectúan el descarte en el binomio receptor-donante. Generalmente la infección se produce en un receptor seronegativo que recibe el órgano de un dador seropositivo, la inmunosupresión y la alta infección por amastigotes que presentan los órganos en general.

El tratamiento previo del donante, protege al receptor, en caso de una primo infección, asegura la cura del paciente y hace posible el trasplante que en muchas ocasiones es fundamental para la supervivencia del paciente. Por lo general ante la presencia de donante o receptor chagásico no está contraindicado el trasplante pero sí, es obligatorio el seguimiento y profilaxis en los pacientes.

10.1.d.-Transmisión por accidentes de laboratorio

Este tipo de transmisión es de carácter excepcional. Generalmente se produce en laboratorios u hospitales en los cuales se realiza una inadecuada manipulación de material infectado, por personal no capacitado, o debido a que no se manejan las normas de bioseguridad propias de cada laboratorio.

Las muestras más riesgosas son los triatomíneos, los medios de cultivo celulares, animales con infección aguda y/o manejo de sangre humana con infección aguda.

Pueden ser controlados fácilmente mediante las normas de bioseguridad que cada servicio debe cumplir.

10.4.-Transmisión oral

Se produce por la ingestión de alimentos contaminados con el parásito por vía digestiva. Este mecanismo está documentado por deyecciones de triatomas depositadas en la mucosa oral y en alimentos, o por ingesta de animales con alta parasitemia o infecciones agudas, presentándose como brotes esporádicos familiares, después de la ingestión de un animal infectado.

Lógicamente el procesamiento y/o ingesta de animales de caza o alimentos infestados con triatomíneos integrantes del ciclo de silvestre puede ser una alternativa más de relevancia para la infección humana.

10.5.-Transmisión por leche materna y por transmisión sexual.

También es otro mecanismo factible, aunque hasta la fecha, existen muy pocos casos descritos y claramente documentados en la literatura.

Sobre esos tipos de transmisión no vectorial fueron consultadas todas las jurisdicciones provinciales y al Gno. de la Ciudad de Buenos Aires sobre: la previsión de la *detección de infecciones chagásicas en mujeres embarazadas, niños,*

adolescentes y adultos. Asimismo, sobre la existencia de laboratorios locales o regionales para realizar el diagnóstico precoz y oportuno, cuáles han sido las medidas organizativas y de capacitación en los establecimientos sanitarios.

10.2.-Información proveniente de las provincias según Riesgo.

En ese contexto se ha recibido la información que a continuación se refiere.

10.2.a.-Provincias con Riesgo Alto

10.2.a.1.-Chaco

Del responde a los temas referidos el Jefe del Programa de Chagas Chaqueño se informó que la detección de la infección chagásica en *mujeres embarazadas, niños adolescentes y adultos* se efectúa según norma nacional por parte de los profesionales de los servicios de salud.

La provincia chaqueña esta adherida a la Ley nacional N° 26.281.

Agrega que cuenta con la Red de laboratorios que en forma oportuna realiza determinaciones diagnosticas, en caso de muestras discordantes (una positiva y otra negativa) existe un sistema de derivación hacia el Laboratorio Central de Salud Pública. Las muestras son extraídas en los laboratorios locales y procesados en el mismo día,; los resultados son entregados a los pacientes y el tratamiento de los mismo se realiza según normas nacionales por los médicos locales.

10.2.a.2.-Córdoba

En la Provincia de Córdoba se realiza serología para la detección de infección Chagásica en todas las embarazadas que se atienden en el Sector Público. A los hijos de madre infectada se les realiza el seguimiento durante el primer año de vida para detectar infección connatal y realizar tratamiento etiológico cuando corresponde.

Respecto a los niños de 1 a 14 años se realizan pruebas de tamizaje en los Departamentos de mayor riesgo, y se realiza el tratamiento en los que se confirma la infección.

Respecto al grupo mayor de 14 años cuando se detecta la infección chagásica se realiza el control y seguimiento clínico.

Tales diagnósticos se realizan en Hospitales Provinciales, en el laboratorio Central de la Provincia y en el Laboratorio Nacional de Chagas. Una vez que la muestra ingresa al laboratorio la demora del resultado no es mayor de una semana.

10.2.a.3.-Formosa

En la provincia de Formosa, en toda mujer embarazada en su primer control prenatal se investiga la infección chagásica a través de una muestra de sangre procesada con dos métodos serológicos (2 técnicas en paralelo). En caso de ser reactiva se evalúa clínicamente la enfermedad de Chagas.

Además se realiza el seguimiento del hijo de madre chagásica mediante estudio parasitológico del recién nacido. Si el resultado parasitológico es negativo se realiza una muestra de sangre procesada con dos técnicas serológicas entre los 8 y 12 meses de edad. También se realiza la detección de la enfermedad en niños, jóvenes y adultos.

Dicha provincia cuenta con una red de laboratorios (total 26). El tiempo que insume la realización de las pre y post determinaciones analíticas es de 5 horas.

10.2.a.4.-Mendoza

La detección de la infección chagásica en *mujeres embarazadas, niños, adolescentes y adultos* se intensificó a partir del 2011 ya que se interactuó con la Dirección de Maternidad e Infancia y otros programas como Nacer y PROSANE. De este último programa de Salud escolar, Mendoza comenzó desde el año 2010 con los controles serológicos de niños de 6 y 12 años, lo que se continúa efectuando ya que tiene como objetivo acercar la atención médica y odontológica a 15.000 alumnos, fortaleciendo la estrategia de prevención y promoción de la salud.

En este nuevo ciclo, se incorporarán los controles serológicos, que permitirán obtener un diagnóstico temprano y fundamental para el tratamiento del chagas, tratando de llegar a toda la comunidad escolar, con acciones concretas de diagnóstico precoz y atención oportuna.

Para concretar los controles de Chagas, los profesionales efectúan serokits (previa autorización de los padres). Los resultados positivos se confirmarán por laboratorio y se hace tratamiento a los menores de 15 años, por el alto porcentaje de curación que se obtiene a esa edad.

Cuenta con laboratorios locales y regionales para el diagnóstico precoz y en el año 2011 se inauguró un espacio físico de mayor capacidad para el diagnóstico serológico de pacientes y diagnóstico vectorial en un ámbito cercano al centro de Mendoza que cuenta con el equipamiento adecuado para las necesidades que se presentaren.

10.2.a.5.-San Juan

San Juan prevé la detección de la infección chagásica en mujeres embarazadas a través del Programa de Materno Infancia durante los dos primeros trimestres de embarazo y el último trimestre se realiza en la maternidad del Hospital Rawson, donde además se estudia la transmisión connatal.

Los niños menores de 15 años se realizan a través de estudios poblacionales que se llevan a cabo en las localidades con vigilancia instalada.

Los adultos se estudian en todos los centros de salud de la provincia.

10.2.a.6.-Santiago del Estero

La transmisión congénita está presente tanto en las zonas rurales como en las urbanas a partir de la llamada urbanización. Las campañas de control han logrado disminuir la prevalencia en grupos poblacionales y además de permitir su diagnóstico, posibilita poder tratar de manera efectiva. Sin embargo, no es frecuente tener las reales cifras de infecciones.

A las madres se les toman las muestras de sangre venosa en la sala de partos y se les realiza un screening.

Posteriormente, las madres son citadas por medio del Servicio de Asistencia Social del Centro de Chagas, para su concurrencia a un primer control del recién nacido, cumplidos los seis meses de vida, se repite la serología y con este nuevo resultado se procede a iniciar tratamiento (persistencia de serología positiva) o en el caso de que fuera negativo, se la cita nuevamente para un control al año de vida.

En general de las madres ingresadas al programa de control, con serología positiva para Chagas y que son citadas para control a los 6 meses de vida del bebe, no todas concurren, debido a falta de recursos, medios de movilidad disponibles y especialmente por ausencia de orientación y concientización del problema de la enfermedad, con la posibilidad de curación, lo que se está revirtiendo en los últimos años.

Los pacientes infectados in útero tienen una mayor chance, al recibir tratamiento etiológico, de lograr una curación efectiva de su enfermedad. Este hecho, sumado a las características asintomáticas de la infección, impulsa la necesidad de lograr diagnósticos tempranos de la enfermedad y de esa manera instalar la terapia adecuada y ofrecer así una alternativa válida de curación.

Si bien no es posible impedir la transmisión congénita, si se puede hacer un diagnóstico precoz de la misma y luego proceder en consecuencia. Actualmente a toda embarazada que concurre a su atención a centros de salud pública se hace la detección a partir del 5º mes de embarazo.

El informe deja constancia que existe en la provincia santiagueña, una red de pesquisa, en todos los hospitales que realizan partos y transfusiones de sangre.

Asimismo se realiza el screening a escolares entre los 4 y 15 años (áreas rural, urbana y suburbana) y conjuntamente son observados también los familiares mayores y sus hermanos menores, por lo que son convocados a las escuelas que se encuentren cercanas a las viviendas en las que habitaren.

10.2.b.-Provincias con Riesgo Medio

10.2.b.1.-Catamarca

En su responde la provincia de Catamarca refiere que está adherida a la ley nacional N° 26.281 y en cumplimiento de la misma se llevan a cabo las acciones de pesquisa y detección de la embarazada chagásica y asimismo la detección y tratamiento del Chagas connatal.

Dicha provincia cuenta con Laboratorios donde se realizan extracciones de sangre por punción venosa, cuyos resultados se entregan al público en el lapso de 48 hs.

A su vez se ha instalado un laboratorio de referencia en dependencias del Ministerio de Salud provincial.

10.2.b.2.-Corrientes

La detección de mujeres embarazadas para la serología se realiza en todas las salas de atención primaria de la salud de la provincia de Corrientes y en los centros de derivación de alto y bajo riesgo. Además se incluyen y se notifican las madres con serología positiva de las Instituciones Privadas, siguiendo las directrices para el tratamiento de la madres y los estudios y tratamiento, si así lo requiriese del recién nacido. Siguiendo las normativas del Ministerio de Salud Pública de la Nación se doblan los esfuerzos para los estudios en niños menores de 15 años, siendo primordial su abordaje para tratamiento temprano y evitar secuelas como la cardiopatía chagásica y visceropatía. Una vez realizadas las extracciones por personal de Laboratorio de las Sala de Atención Primaria de la Salud, Hospitales de Cabecera y Regionales de toda la provincia dentro de las 24 hs. se están entregando los resultados a los pacientes que se sometieron a los estudios para determinar la Serología, incluyendo las maternidades y bancos de sangre.

10.2.b.3.-La Rioja

La detección de la infestación chagásica en mujeres embarazadas se realiza en los estudios de control de embarazo dado la gran distancia y la dispersidad de la población, se hace difícil el seguimiento de los niños de estas madres positivas, puesto que en la mayoría de los casos no vuelven a control para hacer el diagnóstico, se está trabajando con el programa Crecer Sanos, en el screening serológico al ingreso escolar en tercer grado. Al contar con un centro regional de banco de sangre éste puede detectar todos los adultos chagásicos donantes.

La meta de la provincia riojana es el año 2011 realizar la serología de todos los niños menores de 5 años para poder consolidar la no transmisión vectorial como así también lograr la instalación de la vigilancia local y descentralizar de esta forma estas acciones del programa provincial y vincularlas en forma directa a cada uno de los municipios como responsables para mantener este logro.

10.2.b.4.-Misiones

La detección de la Enfermedad de Chagas en embarazadas, se realiza a través de los controles rutinarios en los servicios de Salud Pública, lo que es promovido por el Programa Nacer y el Plan Mamá y las normas de atención y cuidados prenatal.

La Red de Laboratorios de diagnóstico de la Enfermedad de Chagas depende de la Dirección de Bioquímica del Ministerio de Salud y se integra con 34 laboratorios localizados en hospitales de base, de referencia y centros de salud con capacidad instalada de todas las zonas sanitarias de la provincia. El laboratorio de referencia provincial para la Enfermedad de Chagas funciona en el Laboratorio Central del Hospital “ Dr. Ramón Madariaga” de la ciudad de Posadas.

10.2.b.5.-Salta

En su responde las autoridades de la provincia salteña informaron que (60) sesenta laboratorios de la red pública realizan diagnóstico parasitológico (Microconcentración) e inmunológicos (HAI/ELISA).

Laboratorios de Referencia Provincial realizan además IFI. 100 % notifican al SIVILA (40 % como nodos SIVILA, 60 % a través del Programa de Chagas M.S.P.); 60 % participaron en el año 2009 del Control de Calidad Externo.

Por otra parte está establecido el sistema de hemovigilancia para bancos de sangre.

10.2.b.6.-San Luis

Existe en la provincia de San Luis búsqueda pasiva y activa de personas con enfermedad de Chagas. En los sistemas pasivos están incluidos la Red de Laboratorios que funcionan en los Policlínicos Regionales y el sistema de Hospitales de día y APS (Atención Primaria de la Salud) además de los Bancos de Sangre. La información sobre casos positivos llegan a la Coordinación en la mayoría de los casos mediante vías formales de notificación como lo son el SIVILA, planillas C2.

Además funcionan los Nodos Epidemiológicos en los Policlínicos que realizan notificación de casos sospechosos de Chagas Connatal, sobre datos provenientes de los Servicios de Obstetricia, Neonatología y Pediatría. También hay búsqueda activa de casos sospechosos mediante screening serológicos en la población escolar menor de 15 años, menores de 4 años y embarazadas, como parte de la estrategia de barrido por Departamento e incluso se detectan casos en zonas rurales dispersas con alta endemividad, con equipos en terreno.

En cuando a la prevención terciaria, se referencian los pacientes adultos detectados al Sistema de Salud para su estudio y en caso que la patología chagásica esté avanzando se da el tratamiento paliativo para las afecciones cardíacas o gastrointestinales.

10.2.b.7.-Santa Fe

El informe remitido por la provincia de Santa Fe refiere a que las movilizaciones de población proveniente de zonas endémicas incide en el cambio del mapa epidemiológico de la enfermedad de Chagas Congénito que por razones económicas llevan a las personas a buscar trabajo en áreas distantes,

produciéndose asentamientos poblacionales en zonas periurbanas de las grandes ciudades (San Fe–Rosario). Por esto, existen pruebas cada vez más evidentes, que la transmisión congénita está más difundida que lo que se creía anteriormente.

Esta transmisión no se limita a la zona de alto y mediano riesgo sino que ocurre también en las grandes ciudades ubicadas en zonas de bajo riesgo. Ha habido una considerable corriente migratoria de mujeres infectadas provenientes de zonas de mayor riesgo para la transmisión vectorial. Según encuestas realizadas en la Argentina, la prevalencia de la infección entre mujeres embarazadas es del 2 % hasta el 20 %, dependiendo de la zona geográfica. En la provincia de Santa Fe este índice varía del 0,43 al 6,15 %, siendo la prevalencia en el año 2008 del 2,94 % sobre un total de 29212 embarazadas estudiadas.

Estudios efectuados en la mencionada provincia demuestran que la tasa de transmisión de madre a hijo es del 2 al 3%.

El informe afirma que es imprescindible detectar a la mujer embarazada reactiva y para facilitar la conducta a seguir y normalizar el manejo de los casos congénitos se elaboró un flujograma que establece los pasos a cumplimentar para confirmar o descartar la transmisión congénita: a) detección sistemática de las embarazadas serológicamente positivas; b) estudio parasitológico y PCR de sus hijos recién nacidos; c) control serológico a todos los niños menores de 15 años hijos de madre positiva; d) tratamiento adecuado de los niños positivos y e) seguimiento hasta el año de edad de los niños negativos al momento del nacimiento, para el último control de laboratorio (serología) que permita dar el alta definitiva.

Independientemente de los signos clínicos de todo niño hijo de madre chagásica debe ser estudiado según normas establecidas por la Dirección Provincial de Bioquímica del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Es de suma importancia el análisis de niños que viven en zona de riesgo de transmisión vectorial dado que los niños que se detectan infectados pueden ser tratados con una alta posibilidad de que los mismos se curen. El Programa Provincial de Control de la Enfermedad de Chagas en conjunto con la Dirección de Bioquímica de Ministerio de Salud Santafecino y el Centro de Investigaciones sobre Endemias Nacionales “Ramón Carrillo”

10.2.b.8.-Tucumán

En relación al control de la transmisión de la enfermedad de Chagas por vía no vectorial en la provincia tucumana se realizan capacitaciones permanentes al equipo de Salud acerca del diagnóstico en las embarazadas; estudio y seguimiento de los hijos de madre con serología positiva para Chagas; Screening diagnóstico (por SEROKIT) a menores de 15 años para su correcto diagnóstico y tratamiento.

Se asegura el tratamiento del 100 % de los Niños menores de 15 años con diagnóstico positivo para Chagas.

Asimismo se realiza el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con Chagas Agudo (desde el año 2004, no hay denuncia de Chagas Agudo Vectorial en la provincia.) con Chagas crónico y a los donantes de sangre y de órganos para trasplantes.

En el mismo sentido se realiza la coordinación con el Laboratorio Provincial de referencia (en Maternidad Ntra. Sra. de las Mercedes), con la Red de Laboratorios de la provincia y con la Red de Servicios para diagnóstico y tratamiento a menores de 15 años. A ello se suma el seguimiento de las personas tratadas y el estudio serológico en embarazadas.

Además hay un Laboratorio Nacional de Referencia, con sede en la Asistencia Pública de la Municipalidad de San Martín de Tucumán y (38) treinta y ocho servicios de laboratorios del subsector público. Cada técnica de microstrout para la búsqueda del parásito, insume un tiempo estimado de 48 a 72 horas cuyo resultado es entregado al interesado dentro de los 7 días.

10.2.c.-Provincias con Riesgo Bajo

10.2.c.1.-Entre Ríos

En el sector público se controla a todas las embarazadas para la detección del Chagas. De lo informado resulta que desde el año 2011 la provincia entrerriana está fortaleciendo el seguimiento del recién nacido hasta el año de edad ya que a esa fecha se cumplía en pocos departamentos de la misma. Asimismo debido a que se estaba trabajando en la Re certificación, se programaron acciones de detección en niños de 5 a 9 años. Además de realiza, juntamente con la Red de Chagas (unión de áreas del Estado, de la Universidad y otros sectores) la búsqueda activa en niños hijos de madre chagásica, su detección, seguimiento y tratamiento del paciente chagásico.

10.2.c.2.-Jujuy

Toda embarazada debe llegar al parto con serología para Chagas realizada a fin de testear al recién nacido. En caso de positividad se procede al tratamiento con drogas específicas.

La provincia informa que existen falencias en la pesquisa de casos de Chagas connatal, y que se trabaja en este aspecto a fin de lograr un diagnóstico más efectivo.

La tarea de capacitación se refleja en las cifras de casos notificados en los últimos años, sin embargo los principales hospitales de la provincia aún no estudian adecuadamente a las embarazadas y sus hijos. El antecedente de relevancia para el estudio de los niños es la serología materna y a pesar los años transcurridos, capacitaciones, normas nacionales etc. todavía llegan madres al parto sin control serológico de Chagas.

Esta forma de transmisión constituiría la única fuente de nuevos casos en la provincia jujeña por lo que se trabaja prioritariamente al respecto, a fin de la

pesquisa de transmisión connatal en un área con seroprevalencia elevada en embarazadas intensificando la capacitación y el interés del equipo de salud.

Asimismo se realizan encuestas a escolares menores de 14 años (edad en que las drogas disponibles en la actualidad tienen eficacia comprobada). En los casos de serologías a nivel hospitalario se procede según la edad del paciente (caracterización, control y/o tratamiento si correspondiese).

Se cuenta con una red de 26 laboratorios preparados para el diagnóstico de todas las etapas de la enfermedad de Chagas con un Laboratorio Central de referencia. La realización de las pruebas y entrega de resultados insume no más de una semana

10.2.c.3.-La Pampa

Durante el embarazo se realizan análisis serológicos de Chagas, entre otros (además de HIV, VDRL, Toxoplasmosis, etc.).

Los hijos de las madres con resultado positivo, se controlan hasta el año de edad, donde por norma se solicita una serología para conocer el status infeccioso del niño. Paralelamente al recién nacido, se procede a estudiar a todos los hijos de la misma madre que resultara positiva. Luego si el niño de 1 año y los hermanos que resultaran positivos, se les indica el inicio del tratamiento.

El informe de la provincia pampeana destaca que la vía de transmisión congénita (madre-hijo) es la única vigente en la misma.

Además en dicha provincia se ha instalado la obligatoriedad de la realización de la serología para Chagas para los niños ingresantes a la escolaridad primaria (6 años). A partir del año 2011 en acuerdo y en conjunto con el PROSANE (Programa de Sanidad Escolar) se adoptó la decisión de incorporar la serología para Chagas, como requisito para el ingreso escolar constituyéndose La Pampa en una de las pioneras en la materia. De esta manera los niños que no son captados al año de vida, por diversas razones, son ahora detectados por el sistema a partir de esta prueba obligatoria y pueden ser tratados ya que se considera posible el tratamiento hasta los 15 años. Queda a criterio del médico tratante, indicar tratamiento a personas adultas no obstante ellas permanecen en monitoreo permanente en el sistema de salud.

Existen 27 laboratorios distribuidos en toda la provincia, que trabajan en Red con el Laboratorio de Epidemiología (responsable de la Red). En todos ellos se realiza el par serológico (HAI-ELISA) de Chagas, con técnica de IFI para resolución de los discordantes en el Hospital cabecera de la Provincia, Dr. Lucio Molas. A ello se suma la oferta de laboratorios privados.

La duración de las determinaciones es de alrededor de 2 horas (ELISA-HAI).

10.2.c.4.-Neuquén

En esta provincia existe Chagas agudo congénito, que es transmitido por madres nacidas en las zonas endémicas o provenientes de provincias o países donde hay casos agudos vectoriales.

Se realiza el control según las normas del Control de Embarazada incluyendo Chagas: Ahí Elisa Ifl (par sexológico). Al recién nacido de mamá chagásica se le practica el strout, micrométodo según las normas del recién nacido y a los menores de 14 años y adultos se los controla según demanda.

En cuanto a la existencia de laboratorios la provincia neuquina cuenta con una Red de Laboratorios de distinta complejidad y la determinación de HAI se realiza en una hora y media, el ELISA en dos horas y el STROUT en una hora y media.

10.2.c.5.-Río Negro

La provincia posee una red de laboratorios hospitalarios que realizan el control serológico de Embarazadas y Donantes de Sangre.

Los niños recién nacidos hijos de madre portadora de T. Cruzi también son estudiados y en caso de ser positivos se los somete a tratamiento.

El programa de Control de Chagas conjuntamente con el Programa provincial de Salud del Escolar, se encontraban al año 2010 implementando paulatinamente el diagnóstico precoz en niños de 0 a 14 años, para realizarse tratamiento medicamentoso a los positivos.

Dicha provincia cuenta con dos laboratorios en el Area de Salud Ambiental, uno en la ciudad de Viedma y el otro en la Ciudad de San Carlos de Bariloche, con personal capacitado y equipamiento adecuado para atender la demanda de los catastros serológicos que se realizan para diagnóstico precoz. Los profesionales cumplen con el régimen de 44 horas semanales full time.

10.2.d.-Provincias Sin Riesgo

10.2.d.1.-Buenos Aires

La detección de la infección chagásica en mujeres embarazadas en la Provincia de Buenos Aires está prevista en la Ley 13005 y establece con carácter obligatorio en todo el territorio la realización del examen serológico para determinar la presencia de la enfermedad de Chagas para toda mujer en estado de gravidez por parte de los establecimientos sanitarios provinciales o municipales los que deberán determinar la existencia de la enfermedad por métodos parasitológicos y serológicos en todo niño recién nacido de madre infectada chagásica y hasta el primer año de vida.

En caso de detectarse infección en el niño, sea o no de origen congénito, será de carácter obligatorio su atención y tratamiento antiparasitario específico.

En el área interior se cuenta con un Laboratorio de referencia en la División Zoonosis Rurales de Azul para diagnóstico de casos humanos e identificación de vectores y su caracterización y en los Servicios hospitalarios municipales y provinciales se cuenta con laboratorios de primer nivel para el control de la infección congénita en embarazadas.

10.2.d.2.-Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Con el dictado de la Ley 534 del año 2000 en la Ciudad de Buenos Aires existe la obligación de realizar la pesquisa neonatal de varias patologías, entre ellas la detección del mal de chagas, en todos los establecimientos públicos, de la seguridad social y privados en el ámbito de la Ciudad con el compromiso de adoptar las previsiones presupuestarias para garantizarla.

Cuando se detecta que el recién nacido lo es de una madre con serología reactiva para el chagas en un primer nivel se toma muestra de sangre al recién nacido para la Parasitemia y serología; en una segunda etapa se trata de confirmar o no la Parasitemia en laboratorios y, como tercer paso, se realiza el seguimiento y tratamiento en el caso de resultado positivo.

Con respecto a los niños se realizan campañas escolares, encuestas georreferenciales y también la detección de niños en riesgo de padecer esta parasitosis. A los adultos se les efectúa el diagnóstico precoz de la infección y de la patología prevalente (cardiovascular, digestiva, neurológica).

Se realiza tratamiento, seguimiento en los consultorios de la red de Chagas de los Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.

Se cuenta con laboratorios de referencia que son el Laboratorio Parasitológico del Hospital Ramos Mejía, el del Hospital Durand y el del Hospital Gutierrez para niños. Según el análisis a realizar (parasitemia, serología) el tiempo que insume varía obteniéndose los resultados en forma inmediata para la primera y hasta 48 hs para el resto.

10.2.d.3.-Chubut

La provincia del Chubut al mes de agosto de 2010 se encontraba implementando la detección de infección chagásica en mujeres embarazadas mediante el uso de un talonario diferencial de color rosa para la solicitud de análisis donde a partir del año 2008 se incluyó Chagas. Esto permite recordar al médico la investigación del nexo epidemiológico.

Niños y adolescentes, se estudian en catastros escolares en conjunto con la vigilancia de Hidatidosis, patología que es de alta prevalencia en nuestra provincia.

Los adultos son controlados por demanda espontánea, citados para diagnóstico en los catastros serológicos escolares.

En todos los casos se controla a los donadores de sangre.

La provincia informa que cuenta con un Laboratorio de la Dirección de Patologías Prevalentes localizado en la ciudad de Trelew y 18 laboratorios distribuidos en los Hospitales del interior de la misma. Todos están provistos de equipos HAI, los de primer nivel cuentan con equipos ELISA y 3 (tres) cuentan con quipos para realizar inmunofluorescencia.

10.2.d.4.-Santa Cruz

La infección prenatal por vía trasplacentaria de *Tripanosoma Cruzi* en la circulación materna con infección aguda ó crónica, es posible que se produzca pero no obligatoriamente. En principio se trata de que el paciente chagásico agudo reciba tratamiento etiológico ya que su expectativa de curación es del 90 - 95 % pero ese tratamiento no debe realizarse en las embarazadas con las drogas tripanomicidas disponibles.

La infección congénita antes de los 6 meses de vida se diagnostica por estudios parasicológicos seriados y el infectado chagásico no agudo es tratado etiológicamente.

Por otro lado toda sangre con reacción serológica positiva para enfermedad de Chagas es descartada para el uso de transfusiones.

En la Provincia de Santa Cruz la atención del infectado chagásico es realizada por efectores del Primer Nivel

La provincia cuenta con un laboratorio de referencia: Hospital Regional Río Gallegos y todos los laboratorios de los hospitales del interior realizan la serología para la detección de chagas, que en casos positivos derivan las muestras al laboratorio de referencia, el cual confirma o descarta el resultado por inmunofluorecencia. (Boletín Epidemiológico Provincial abril/2011).

10.2.d.5.-Tierra del fuego

El diagnóstico de la embarazada infectada es la única herramienta que alerta sobre el riesgo de transmisión al recién nacido, y, en consecuencia, permite hacer los análisis, controles y tratamientos correspondientes en forma temprana, con la ventaja de que si es detectado durante el primer año de vida, la posibilidad de curación es total. En caso de detectarse la infección, sea o no congénita, será obligatoria su atención y tratamiento antiparasitario.

También se han implementado análisis específicos en los bancos de sangre.

Existe en Tierra del Fuego una Red de 18 Laboratorios públicos y privados que realizan el diagnóstico precoz y oportuno del infectado con *T. Cruzi*. Todos los Laboratorios de la Red participan en el Control de Calidad externo de Chagas organizado por el INST "Fatala Chabén". El Laboratorio del Hospital Regional Ushuaia es el Laboratorio de Referencia provincial. Los análisis de Strut del recién nacido se realizan antes del alta hospitalaria, según la forma y procedimiento de la detección del hijo de madre infectada indicada en la Ley provincial N° 574.

11.-Medidas de capacitación y de comunicación social.

Respecto de la temática enunciada en esta sección la Ley Nacional N° 26.281 dispone que el Poder Ejecutivo debe desarrollar intervenciones que permitan respuestas preventivas en relación a la enfermedad de chagas y debe desarrollar y auspiciar actividades de educación sanitaria, investigación y capacitación continua específica que propicien programas de capacitación sobre la enfermedad

de Chagas a los integrantes de los equipos de salud provinciales así como desplegar acciones de educación en los medios de difusión masivos y en las instituciones educativas.

También establece que se debe procurar la inclusión en la currícula escolar en forma transversal y permanente de un programa educativo, actualizado y obligatorio sobre la enfermedad de Chagas, su transmisión y las medidas de prevención.

La Superintendencia de Servicios de Salud ha dictado la Resolución SSSALUD N° 0730/2010 en la que se destaca que el art 42 de la Constitución Nacional establece que entre los derechos de los consumidores y los usuarios de bienes y servicios, se encuentran los de protección de la salud que la protección de la salud, es propia del rol garante del Estado, y que quienes presten servicios deben suministrar a sus usuarios información veraz, detallada, eficaz y suficiente.

El artículo 1º de la resolución mencionada declara de carácter obligatorio la exhibición de los afiches correspondientes al área urbana y rural en los centros de Atención al Público de las Obras Sociales y otros Agentes del Seguro de Salud, en sus Delegaciones y en los Prestadores institucionales públicos.

El contenido de dichos afiches, conforme la Resolución SSSALUD N° 829/2010, deben referirse a que:

“ la detección temprana del Chagas debe realizarse para ofrecer un tratamiento con posibilidades de cura.

- hay Chagas en el campo y la ciudad.*
- la enfermedad de Chagas puede y debe diagnosticarse.*
- la produce un parásito pequeño que inoculara la vinchuca al picar*

El chagas se contagia:

- por la picadura de la vinchuca.*
- por transfusiones de sangre de dadores infectados.*
- por trasplante de órganos de donantes infectados.*
- por la placenta y la leche de una madre infectada.*
- por contacto directo con la sangre de personas y animales infectados.*
- Con un sencillo análisis de sangre se sabe si la persona tiene chagas..*

En cuanto a los síntomas aclara que:

- al comienzo es una enfermedad silenciosa. Si la enfermedad avanza puede traer lesiones en el corazón, intestino y sistema nervioso.*

En relación al tratamiento:

- Se puede tratar con una pastilla durante dos meses, con posibilidades de cura”*

Información proveniente de cada Jurisdicción según Riesgo:

En ese contexto se requirió información a las autoridades provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires sobre la implementación de las *medidas organizativas, de capacitación y de comunicación social* que se hubieren aplicado en su jurisdicción.

11.1.-Provincias con Riesgo Alto

11.1.a.-Chaco

La provincia del Chaco informó que se ha realizado la actualización de los profesionales médicos en el tratamiento de la enfermedad y se abastece regularmente de insumos necesarios para el funcionamiento de la red de laboratorios. Destaca que el Programa Provincial de Chagas ha elaborado un plan de acción para llegar a los habitantes de las localidades más comprometidas, a través de charlas y talleres los que permiten la colaboración de padres y docentes.

Estas líneas son: control vectorial, diagnóstico, tratamiento y educación, información y comunicación. A partir del mes de agosto de 2010 se ha iniciado un proceso de comunicación social para difundir medidas de prevención que incluye la distribución de folletería, actividades a nivel de establecimientos escolares con talleres a docentes y alumnos, charlas a la comunidad en general y por medios locales de comunicación. Agrega que en los servicios de salud se realiza difusión de contenidos preventivos a través de elementos audiovisuales.

Las líneas de acción del Programa se desarrollan junto a la comunidad en general y educativa en particular, a fin de que la población conozca acerca del problema.

11.1.b.-Córdoba

La comunicación social en la provincia cordobesa se realiza desde los establecimientos de salud dando pautas de prevención y vigilancia entomológica a los habitantes de zonas de riesgo.

A nivel comunitario sobre todo en las áreas endémicas juntamente con la vigilancia entomológica a cargo de la comunidad se efectúa con monitoreo y supervisión del Programa Nacional de Chagas. Asimismo se ofrece información, educación y comunicación a la población sobre el modo de transmisión y los métodos de prevención pertinentes.

Por otro lado se brinda información sobre el mejoramiento de las viviendas o construcción adecuada de las mismas.

11.1.c.-Formosa

La Provincia está dividida en Distritos Sanitarios y éstos en Áreas Programáticas. La capacitación se realiza periódicamente agrupando a los diferentes actores del Equipo de Salud por Distritos Sanitarios, considerando las particularidades de cada uno.

La comunicación social para difundir en la población las medidas de prevención se ha implementado mediante la distribución de cartillas casa por casa. También se realiza la difusión a través de material gráfico (afiches, folletos) materiales audiovisuales difundidos por los medios masivos de difusión (radio y televisión).

11.1.d.-Mendoza

Las medidas organizativas consisten en realizar un Programa anual y otro estratégico a largo plazo para dar cumplimiento a los objetivos propuestos en las próximas dos décadas para presentarlo a las autoridades técnicas, a la comunidad (con instancias presenciales y folletería) y a las instituciones escolares de la provincia mendocina que lo soliciten: Universidades, ONGs, etc.. Se interactúa con Educación para la Salud brindando periódicamente materiales de comunicación a la comunidad. Además de jornadas científicas abiertas a la comunidad, capacitación puerta a puerta a través de agentes sanitarios y por medios masivos de comunicación.

Además se realizan campañas de concientización en las escuelas de las zonas más endémicas logrando así que el número de habitantes protegidos se encuentre en ascenso.

11.1.c.-San Juan

La comunicación social se implementa a través de las acciones de vigilancia realizadas por las brigadas del Programa momento en el que se entrega material informativo y se da respuesta a las inquietudes de la comunidad como primera medida y en segundo lugar se realizan constantemente Talleres Comunitarios en Uniones Vecinales, Centro de Jubilados, Escuelas, etc. llegando de esa forma a un amplio porcentaje de la comunidad.

Para una mayor organización se realizan talleres de Capacitación para el personal de Salud de las cinco zonas sanitarias de la Provincia.

11.1.d.-Santiago del Estero

En el ámbito de la provincia santiagueña se ha implementado una red de pesquisa en todos los hospitales en los que se capacita a tales fines a los recursos humanos como médicos clínicos, pediatras, obstetras, bioquímicos y técnicos. Asimismo la comunicación y difusión se hace con educadores sanitarios a todo nivel, lo que posibilita lograr cambio de conductas que se traducen en acciones de prevención y promoción de la salud

11.2.-Provincias con Riesgo Medio

11.2.a.-Catamarca

La capacitación al personal médico, bioquímicos y agentes sanitarios en la problemática del chagas es continua, la que se supervisa y apoya por parte de la Dirección de Enfermedades Transmisibles por Chagas y Otros Vectores.

La estrategia de la provincia en cuanto la información, educación y comunicación que se pretende establecer tiene como objetivo principal que la comunidad adquiera conocimientos claros y precisos acerca de las características del Chagas y las principales formas para prevenir su transmisión y controlar el vector de la afección.

A esos fines se entrega folletería y se proyectan materiales audiovisuales de las diferentes actividades que se llevan a cabo y asimismo se desarrollan acciones en los diferentes organismos que conforman el Equipo Interinstitucional para disminuir la incidencia del Chagas

Asimismo se realizan talleres comunitarios programados y a demanda de las instituciones así como la difusión radial semanal por radio Municipal y a través de medios gráficos por intermedio del departamento de prensa del Ministerio de Salud.

11.2.b.-Corrientes

Se realizan talleres dirigidos a la comunidad en los que los responsables y referentes del Programa Provincial realizan tareas de educación en la zona programática con la población expuesta. Existen talleres de sensibilización, capacitación y actualización para efectores de la red salud dirigidos a médicos, directores, personal de laboratorio, enfermeros, agentes sanitarios, docentes, trabajadores sociales, organizaciones, radios FMs locales. En el ámbito educativo los talleres se dirigen a educadores y directivos de escuelas, teniendo como objetivo principal incluir el tema Chagas en la Currícula escolar a fin de abordar esta problemática en forma permanente.

Se adiciona a ello campañas con folleterías que se distribuyen en la vía pública, charlas de difusiones televisivas y radiales donde el alcance se hace masivo para la concientización del problema.

11.2.c.-La Rioja

La Coordinación de Control de Vectores informó que la difusión de las medidas de prevención se implementa a nivel masivo por el área del Ministerio.

Además, la información permite que todos aquellos pacientes que no se controlaron, lo hagan y en caso de detectarse la enfermedad, se hagan el tratamiento oportuno.

11.2.d.-Misiones

La provincia misionera ha firmado convenios con los municipios a fin de garantizar las acciones correspondientes para capacitar a Promotores de la Salud y agentes municipales con el fin de vigilar la infestación domiciliar por Triatóminos.

La capacitación de los docentes se realiza mediante la entrega de material informativo, entrevistas personales de los agentes evaluadores y entrega de folletos informativos. Se efectúan encuestas para determinar el conocimiento sobre la enfermedad y los modos de transmisión, más la difusión por medios de comunicación y charlas en comunidades con viviendas infestadas.

11.2.e.-Salta

El mayor esfuerzo organizativo y de capacitación, en cuanto al Componente Vectorial, estuvo dirigido a las 16 áreas con población triatomínea, residual persistente, incluyendo la búsqueda de nuevas herramientas para el control de triatomas resistentes a piretroides. En lo relacionado al Componente No Vectorial, además de la difusión de la Guía para la atención del Paciente con Enfermedad de Chagas, se implementó la Tarjeta de Seguimiento Anual del paciente en tratamiento, promoviéndose el dictado de una resolución ministerial creando los consultorios para pacientes detectados por los bancos de sangre.

En las Áreas Operativas de Riesgo, la educación se hace casa por casa, a través del Agente Sanitario. Con la finalidad de consolidar la vigilancia epidemiológica y entomológica, mediante la modalidad de Escuela Centinela de Chagas se consensua con el Ministerio de Educación las actividades escolares a través del Proyecto PROMER.

11.2.f.-San Luis

Como parte de las acciones de control de la enfermedad la Coordinación Provincial tiene la misión de coordinar con todo el equipo de salud actividades y acciones que permitan un mayor conocimiento de la temática, capacitación y actualización en los distintos aspectos de la enfermedad, como asimismo la construcción de un sistema de referencia y contra-referencia de casos sospechosos y su tratamiento. Para ello se trabaja en forma conjunta con los Nodos Epidemiológicos ubicados en los Policlínicos y principales Hospitales de la provincia.

Anualmente se organizan Talleres de Capacitación por Zona Sanitaria, con profesionales locales y de nivel nacional a fin de actualizar técnicas y conocimientos sobre la enfermedad. Desde San Luis, vía teleconferencia a todo el país se han difundido temas sobre la enfermedad disertando referentes nacionales en el tema.

Las vías de comunicación a la población sobre la problemática del Chagas se realizan básicamente mediante Talleres con la Comunidad en los establecimientos escolares. Los talleres son más de 50 al año que se realizan en distintas localidades donde es necesario difundir las medidas de prevención y de auto-cuidado de la salud dada la presencia del vector. Existen además cursos de capacitación de docentes sobre las enfermedades de transmisión vectorial, utilizando para ello la educación a distancia vía la Autopista de la información, intrared a la cual se tiene acceso desde todas las localidades e incluso en zonas remotas vía satélite y con energía no convencional.

Además de lo ya citado, es continua la presencia de técnicos de la Coordinación en programas periodísticos y de información a la comunidad en los principales canales abiertos y privados así como en distintas radios que funcionan en la provincia, tratando temas referidos a la enfermedad y su prevención.

11.2.f.-Santa Fe

Las medidas organizativas y de capacitación se basan en fortalecer los niveles locales tanto para el control vectorial como para la detección de niños infectados por la transmisión congénita.

Se han realizado talleres de capacitación con personal de comunas ubicadas en zonas de riesgo para la transmisión vectorial con el objetivo de alcanzar la cobertura de vigilancia activa y continúa.

11.2.g.-Tucumán

El Programa Provincial tucumano utiliza la estrategia de información, Educación y Comunicación (IEC) para la promoción y prevención de la Enfermedad de Chagas. A tales fines se realizan talleres en las escuelas destinados a docentes, alumnos y a la comunidad en general para lograr el autocuidado. A ello se agregan talleres en Centros Comunitarios, entrega de material gráfico para difusión y promoción y prevención en medios de prensa oral y escrita.

11.3.-Provincias con Riesgo Bajo

11.3.a.-Entre Ríos

Las autoridades de la provincia entrerriana informaron que se realizan capacitaciones tanto en Atención Primaria de la Salud (APS) como al sector médico, todo ello con el apoyo del gobierno Nacional. Localmente se realizan comunicaciones en escuelas por parte de los agentes sanitarios y personal de Centros de Salud, mayormente en los Departamentos históricamente endémicos.

11.3.b.-Jujuy

En relación a las medidas de capacitación y comunicación social la respuesta provincial afirma que el control de Chagas es factible. La vigilancia deber ser horizontal e interdisciplinaria con conocimiento y participación de la comunidad.

La horizontalización de las acciones permite al poblador acceder a quienes efectúan el control y se trata de acercar los Programas de control al domicilio de las poblaciones en riesgo. Con la educación se apunta a que cada poblador se convierta en un operario más de los Programas de control: "Casa limpia, ordenada y con animales lejos de las habitaciones". Se mantiene la decisión de controlar el Chagas y de disponer de adecuados sistemas de salud y acción social para una mejor enseñanza del problema a todos los niveles, sobre todo el profesional.

11.3.c.-La Pampa

El programa provincial proporciona la capacitación del personal de salud en su conjunto organizado por zonas sanitarias. La metodología empleada es a partir de Talleres donde se brinda información en vigilancia epidemiológica, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

La comunicación social se ha encarado desde la interdisciplinariedad, a partir de la incorporación al equipo Chagas de una profesional Lic. en Trabajo Social, que permite mejorar el panorama comunicacional. La estrategia es trabajar en la implementación de talleres de capacitación para docentes primarios y una tarea de comunicación sostenible dirigida a la comunidad. Por otro lado se mantienen y desarrollan tareas de capacitación y sensibilidad hacia el hacia el equipo de salud respecto a la patología, en las Zonas Sanitarias de la provincia.

11.3.d.-Neuquén

Desde el Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén informaron que en el año 2009 se realizó un Taller con capacitación del Instituto Fatała Chabén para médicos, bioquímicos y farmacéuticos de toda la provincia y profesionales de Salud Ambiental y durante el año 2010 se realizaron reuniones y diagramas de tareas y actividades previstas para el año 2010-2011 con todos los Coordinadores de Zonas Sanitarias para programar la vigilancia activa.

Asimismo se reparten folletos en toda la provincia a nivel escolar, comunitario y profesional.

11.3.e.-Río Negro

Se realiza capacitación continua a los equipos de salud de los hospitales provinciales en relación a detección precoz, diagnóstico y tratamiento de las personas portadoras de T. Cruzi o con sintomatología de la enfermedad.

Para ello se ha formado un grupo de capacitadores que desarrollan esta tarea.

Como el programa está basado en la estrategia de atención primaria, son los Agentes Sanitarios quienes realizan en la visita domiciliaria, actividades de Educación para la Salud. Además se realizan charlas en las escuelas y se reparte material educativo al personal docente provisto por el Programa Nacional.

11.4.-Provincias Sin Riesgo

11.4.a.-Buenos Aires

En el trabajo que la provincia lleva adelante contra el Mal del Chagas y en la profundización del mismo se trata de coordinar una red de atención y de búsqueda activa de pacientes chagásicos.

Al mes de agosto de 2011, la División de Zoonosis Urbanas del M. de Salud de la Pcia. de Buenos Aires informa que en una primera etapa se coordina con el nivel municipal, para llegar a establecer al final del período, una coordinación para Chagas por hospital municipal y provincial que cuenta con un referente y se conforma con profesionales de Clínica Médica, Obstetricia, Neonatología, Cardiología, Infectología, Laboratorio de diagnóstico y especialidades afines.

Cada municipio posee un Centro de Zoonosis con personal profesional y técnico que ejecuta en terreno las acciones preventivas y de control epidemiológico de las zoonosis que presenten.

Desde las municipalidades se coordina con los hospitales locales y con la investigación epidemiológica en terreno; así como la coordinación de las acciones de prevención y la desinfectación que correspondiera y el eventual aprovisionamiento de tratamientos y equipos de diagnóstico.

El material gráfico de difusión es provisto habitualmente por la Nación.

A partir de la implementación en todo el país del "Día Nacional por una Argentina sin Chagas" la provincia bonaerense tiene como propósito instalar el tema de la enfermedad de Chagas en la agenda pública.

11.4.b.-Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En la Ciudad de Buenos Aires rige la Ley N° 1890 que tiene por objeto la regulación y ordenamiento de las estrategias sanitarias dirigidas a garantizar la prevención y promoción de la salud, atención y asistencia integral del/la paciente chagásico/a, y la investigación científica vinculada a la enfermedad de Chagas-Mazza.

En relación al tema en trato se han desarrollado estrategias de educación para la salud, información y comunicación dirigidas a hacer conocer las condiciones de trasmisión de la patología y los métodos de prevención de la misma. Juntamente con la promoción y desarrollo de políticas de capacitación continua del recurso humano necesario y/o disponible y en el fomento de actividades de investigación científica vinculadas a la patología.

Se destaca que en el Programa de Chagas – Red de Chagas incluido en las Políticas públicas en la enfermedad de Chagas figura un acápite referido a la educación, capacitación e información comunitaria del que surge que se trabaja en coordinación con las redes de salud mediante la entrega de folletería, encuestas así como en la educación médica y en jornadas y congresos nacionales e internacionales.

11.4.c.-Chubut

La educación como regla de oro, es el sustento que le podrá permitir a la persona, tomar prevenciones conociendo de antemano lo que le podrá suceder para evitar hechos que pudieran poner en riesgo su salud. No en vano lo expresa el viejo aforismo médico ... "Más vale prevenir que curar; pero, para prevenir, hay primero que educar"...

Y dentro del ámbito educacional, la comunidad escolar constituye un valioso recurso educativo para promover la protección del entorno comunitario y volcar conocimientos de educación sobre la enfermedad de Chagas. Ello así a fin de que los habitantes conozcan perfectamente su situación para poder protegerse a sí mismos y a sus familias.

11.4.d.-Santa Cruz

La educación constituye uno de los pilares fundamentales para la prevención ya que en Chagas prevención, control vectorial y terapéutica son indiscutiblemente tres soportes que permiten controlar la enfermedad.

Es precisamente la educación Sanitaria la que, frente a la problemática de la enfermedad de Chagas, ha sido señalada como uno de los elementos de control más importantes. Por ello se trata de una necesidad urgente el desarrollo de una conciencia popular de prevención, factor primordial para mantener y optimizar las medidas tradicionales de control.

11.4.e.-Tierra del Fuego

La provincia de Tierra del Fuego en su ley Nº 574 que refiere al Programa Provincial de Control y Prevención del Mal de Chagas dispone que se debe garantizar la capacitación permanente del equipo de salud involucrado a fin de obtener una actualización continua en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento del paciente infectado chagásico, como así también propender al desarrollo de actividades de investigación científica que brinden aportes al control de esta enfermedad. Por eso se impulsa la implementación de nuevas técnicas que permitan el diagnóstico precoz. Asimismo, se desarrollan y auspician actividades de educación sanitaria y se realizan campañas de difusión requiriendo también la colaboración del sector privado.

12.-Día nacional por una Argentina sin Chagas. Certificación y Recertificación¹⁴

En la REPÚBLICA ARGENTINA, según estimaciones de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), existen aproximadamente 1,6 millones personas infectadas y más de 300.000 afectadas por cardiopatías de origen chagásico.

Las provincias de BUENOS AIRES, CHUBUT, SANTA CRUZ, TIERRA DEL FUEGO y LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS han sido declaradas sin riesgo de contagio vectorial y transfusional.

Coincidente con la fecha que se inscribe en la decisión del Estado Nacional de instalar esta problemática en la agenda pública, con el objetivo de sensibilizar a todos los sectores sociales, en el marco de las acciones establecidas por el **Programa Nacional de Chagas** y el **Plan Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas 2011-2016**, la OPS reconoció el 31 de agosto del año 2012 a varias provincias argentinas por haber interrumpido la transmisión vectorial y transfusional del Chagas o lograr grandes avances en la prevención y el control de esa enfermedad.

¹⁴ Conf. Educar-Portal educativo del Estado Argentino.

Recibieron plaquetas de RE-CERTIFICACION de la interrupción de la transmisión vectorial y transfusional del Chagas las provincias de:

- **JUJUY,**
- **RÍO NEGRO,**
- **NEUQUÉN,**
- **LA PAMPA y**
- **ENTRE RÍOS.**

Fueron reconocidas con la *CERTIFICACIÓN* por haber alcanzado este estatus por primera vez las provincias de:

- **SANTA FE**
- **MISIONES,**
- **SANTIAGO DEL ESTERO** (en los Departamentos (Aguirre, Mitre, Rivadavia y Belgrano) y
- **SAN LUIS**

Tal acontecimiento fue en el marco de la estrategia nacional y provincial para prevenir y controlar la enfermedad, que tiene por objetivo que todas las provincias de todo el territorio de la REPUBLICA ARGENTINA obtenga esta misma certificación para 2016.

La entrega de las placas de certificación y de re-certificación fue realizada por integrantes de la Comisión Evaluadora Internacional compuesta por expertos de la INCOSUR –Iniciativa de las Américas para el Cono Sur– y representantes de OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La INCOSUR, que reúne las acciones que los países de Sudamérica acordaron llevar adelante como estrategia común para combatir una misma enfermedad, es un organismo generado y refrendado por los ministros de Salud de los países involucrados en la problemática del Chagas.

Para ello, el MdeSALUD ha desarrollado recursos informativos y educativos de orientación en Chagas como **la línea de atención gratuita 0800-222-1002 y también la página web** (www.msal.gov.ar/chagas), a través de la cual equipos de salud y ciudadanos en general pueden acceder a información sobre esta problemática y descargar las diversas piezas gráficas, radiales y audiovisuales producidas por dicho organismo.

La conmemoración resulta especialmente significativa en el año 2012 no sólo porque coincide con la celebración del **50° aniversario del Programa Nacional de Chagas y del Instituto de Parasitología “Dr. Mario Fatala Chabén”**, sino también por los logros alcanzados en la producción nacional del medicamento

para el tratamiento de la afección y la certificación de nuevas provincias libres de transmisión vectorial y transfusional.

Asimismo, y como parte de las acciones contempladas para ese día, **los programas provinciales de Chagas desarrollaron en todo el país diversas actividades tendientes a sensibilizar a la comunidad acerca de la importancia de la prevención y del diagnóstico oportuno.** Para ello, se dispusieron de stands en distintas plazas y espacios públicos, se realizaron talleres en escuelas primarias y secundarias, cursos para docentes, charlas en centros de salud y hospitales, acciones de vigilancia, radios públicas y paneles de especialistas, y se proyectarán películas sobre la problemática, entre otras acciones.

A lo largo de este año (2012) el Programa Nacional de Chagas ha distribuido más de 1.500.000 de materiales educativos en las 24 jurisdicciones, a fin de fortalecer el trabajo preventivo permanente con la comunidad que los programas provinciales llevan a cabo, además de las habituales acciones tendientes a la detección temprana en embarazadas y niños y las tareas de fumigación y vigilancia sistemática de las zonas afectadas.

La Argentina produce el medicamento *benznidazol*, destinado al tratamiento de la enfermedad de Chagas, cuya provisión peligraba a nivel mundial porque había dejado de ser elaborado por un laboratorio internacional por lo que queda garantizado **la total accesibilidad al medicamento para todos los argentinos.** Lo adquiere el MdeSALUD y la distribuye a los programas provinciales de Chagas, los que a su vez la envían a todos los centros de salud y hospitales públicos de Argentina.

13.-Consideraciones Finales.

13.1.-Consideraciones Generales:

La **enfermedad de Chagas** no podría abordarse sin considerar cuáles son los *determinantes sociales* que la circundan; desconocimiento, ignorancia, falta de recursos dirigidos a su prevención, de viviendas adecuadas, de servicios sanitarios, de agua potable, entre otros, ello sin perjuicio que como *enfermedad silenciosa* ha comenzado a penetrar en países donde antes era impensado hallarla.

Los *movimientos migratorios continuos* despiertan inquietudes, no sólo relacionadas con la enfermedad del infectado, sino con su transmisión a través de otras formas como la donación de sangre o de órganos para trasplante, siendo el problema en estos casos que en muchos lugares no se realizan testeos para detectarla esta patología a tiempo.

No existe cura aún, puesto que no se destinan recursos suficientes para atender esta *enfermedad huérfana y silenciada* que no logra generar interés para desarrollar investigaciones dentro de la industria, en tanto es considerada como una 'enfermedad de pobres'.

Lamentablemente, en tanto no se le preste atención habrá de extender sus fronteras mucho más allá de las *zonas endémicas conocidas* y podrá convertirse en un flagelo difícil de controlar.

Todavía, las *respuestas farmacológicas* son pocas y limitadas, contraindicadas para ciertas personas y patologías, además de presentar -en muchos casos- efectos colaterales severos.

El desarrollo de una *vacuna que prevenga esta enfermedad*, es un proyecto que no debiera demorarse y tal como cabe a los Estados, serían estos los que deben liderar el proyecto, asumiendo los costos para proteger a la población expuesta. *Argentina* lo ha hecho con relación a la *Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)*, muestra de que es posible asumir un compromiso de tal naturaleza.

Se estima que se cuenta con los recursos legales, humanos, técnicos, económicos como para encarar este proyecto superador y encontrar un mecanismo de prevención útil para toda la Región y también para el mundo.

13.2.-Consideraciones Particulares:

Al haber obtenido información por parte de todas las jurisdicciones del país, como así de la Autoridad Sanitaria Nacional, este acápite habrá de contener una *primera parte* que mostrará los aspectos que se han planteado a través de las respuestas obtenidas por parte de las provincias y una *segunda parte* vinculada con aquellas cuestiones sanitarias que se plantean siempre que está presente la enfermedad.

13.2.a.- Primera parte: En función del contenido de las respuestas de todas las provincias argentinas y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que han sido puntualizadas a lo largo de este informe, resulta procedente destacar algunos aspectos sobre los temas que se han desarrollado precedentemente.

En cuanto a la *normativa vigente*, referida a la enfermedad de Chagas, se advierte que desde los Poderes Legislativos y Ejecutivos tanto nacionales como provinciales -a partir del año 2006- han tenido especial tratamiento normas que versan sobre planes y programas específicos; guías de atención al paciente infectado; garantía de calidad de la atención médica; entre otros, todo ello en un articulando de acciones interjurisdiccionales entre la Nación y las Provincias.

En tal contexto no puede soslayarse la importancia de la sanción de las leyes nacionales Nos. 26.281 y 26279, como tampoco que aún a noviembre de 2012 dichas leyes no hayan sido reglamentadas.

En lo concerniente a la *relación, acciones y coordinación entre las distintas jurisdicciones* (nacional, provinciales y municipales), respecto de la asignación de

recursos (económicos, materiales y humanos) durante el ejercicio fiscal 2010/2011 resulta que, según lo informado, fueron considerados suficientes para la financiación de las acciones destinadas a la enfermedad que nos ocupa.

Las respuestas puntualizaron que existe coordinación con el Gobierno Nacional, los Provinciales y los Municipales y que todas las acciones previstas por los gobiernos se encuentran programadas y se realizan en perfecta armonía entre los tres niveles gubernamentales respetando el rol correspondiente a cada actor de acuerdo con la planificación realizada.

Los organismos provinciales han afirmado que fueron atendidos satisfactoriamente los requerimientos para llevar adelante las acciones pertinentes que realiza el personal destinado para el control y vigilancia del vector como, asimismo, para las tareas referidas a las demás formas de contagio del Chagas.

En ese sentido mencionan que han contado con la cantidad necesaria de medicamentos, insumos y reactivos diagnósticos de laboratorio y de bioseguridad, insecticida para control químico y máquinas fumigadoras, material y equipos de protección personal, camionetas con simples y doble cabinas, apoyo logístico en terreno, capacitación de recursos humanos, afiches, folletería, material para educación charlas sobre el tema y asignación de presupuesto para la contratación de becarios.

Algunas provincias han señalado que algunos recursos puntuales que se detallaron precedentemente o fueron insuficientes o llegaron tardíamente o que al momento de la respuesta no habían sido satisfechos pero sin perjuicio de ello, sostienen que los recursos recibidos y aplicados han posibilitado el cumplimiento de las metas propuestas para el periodo 2010/2011.

Otro aspecto investigado y desarrollado es el de la *transmisión vectorial de la enfermedad de chagas*, que, como se dijo, es una afección parasitaria causada por el protozoo flagelado llamado "vinchuca" (*Triatoma Infestans-triatóminos*).

Con relación a este tema se advierte que se implementan distintas acciones con variados recursos a fin de actuar positivamente sobre dicha transmisión. Así se realiza la vigilancia vectorial o epidemiológica en rondas programadas (vigilancia activa) y por denuncias espontáneas de pobladores y distintos actores sociales (vigilancia pasiva); el tratamiento, rociado o fumigación como ataque químico en el intradomicilio (internas) y en el peridomicilio (áreas perimetrales) que es preventiva y no curativa; que si se encuentra vinchuca en el intradomicilio se determina con carácter de urgente la emergencia sanitaria. Se controla el vector en base a la normativa nacional y se realiza a través de brigadas capacitadas con personal de distintas jurisdicciones, en especial agentes municipales.

Por lo general las jurisdicciones han coincidido en que la población sometida a la posibilidad de transmisión vectorial es la de muy bajos recursos con indicadores socio-económicos muy reducidos o con necesidades básicas insatisfechas, cuyas viviendas son construidas con serios déficits (ranchos). En algunas provincias se

han implementado planes de mejoramiento de las viviendas, tratando de solucionar esta cuestión.

Varias provincias de la República Argentina han obtenido la re-certificación y otras la certificación de “Libre de Transmisión Vectorial” y las restantes continúan trabajando para que al finalizar el Plan Nacional de Chagas (Resolución MdeSALUD N° 867/12) en el año 2016, alcancen esa situación.

La *transmisión de la enfermedad de Chagas: transplacentaria (también denominada congénita o connatal), por transfusión de sangre, por trasplante de órganos*, tiene como base normativa la ley nacional N° 26.281, a la que han adherido varias provincias, rigiéndose otras provincias por normativa propia pero de similares características, en cuanto a la prevención y control de esas formas de transmisión.

La transmisión no vectorial de la enfermedad se produce en todo el territorio de la República por el aumento de la migración poblacional de zonas endémicas a otras dentro del país o por los movimientos inmigratorios desde otros países también con endemia.

En ese contexto la detección de la *infección chagásica en mujeres embarazadas, niños, adolescentes y adultos* se efectúa según normas nacionales por parte de los profesionales de todos los servicios de salud, intensificándose estos últimos años por medio de la concientización del problema de la enfermedad.

Respecto de los escolares entre los 4/6 y 15 años (áreas rural, urbana y suburbana) se realiza el screening, si resultase positivo son observados también los familiares mayores y sus hermanos que son convocados a fin de realizar la determinación y tratamiento en su caso. Se trata de llegar a toda la comunidad con acciones concretas de diagnóstico precoz y atención oportuna. El tratamiento a los menores de 15 tiene un alto porcentaje de curación.

Se resalta la decisión de incorporar la serología para Chagas como requisito para el ingreso escolar.

Las jurisdicciones han manifestado que en todos los casos se controla a los *dadores de sangre y donantes de órganos para trasplante* por lo que se ha establecido un sistema de hemovigilancia a fin de determinar la presunta existencia de la infección, contando con laboratorios para realizar los análisis cuyos resultados tardan sólo unas horas en ser obtenidos.

En relación a las *medidas de capacitación y de comunicación social*, ya se ha aludido a lo dispuesto por la ley nacional N° 26.281 y la Resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación N° 0730/2010 que destacan el rol garante del Estado y de quienes presten servicios de salud con la obligatoriedad de la exhibición de los afiches sobre la enfermedad de Chagas.

El resultado de los requerimientos, con las consideraciones propias de cada jurisdicción, refiere que se lleva adelante:

- Capacitación, actualización y sensibilización del personal médico en todas las especialidades vinculadas, bioquímicos, técnicos, agentes sanitarios,

trabajadores sociales y promotores de la salud en la problemática del Chagas

- En el ámbito educativo se realizan actividades en los establecimientos escolares, con talleres a docentes y alumnos con material audiovisual en una tarea de comunicación sostenible y con todos los elementos al alcance.
- En cuanto a la población en general (ONGs, Uniones Vecinales, Centros de Jubilados, etc.) se prioriza la comunicación social en charlas y talleres, entrega de folletería, de cartillas, afiches y por medios gráficos y masivos de comunicación. Asimismo, se brinda información sobre el mejoramiento de las viviendas o construcción adecuada de las mismas.

En suma, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (Nota descriptiva N° 340- Agosto de 2012) para lograr el objetivo de eliminar la transmisión de la enfermedad de Chagas y proporcionar asistencia sanitaria a las personas infectadas o enfermas, tanto en los países (zonas) donde el mal es endémico como en aquellos donde no lo es, resulta necesario aumentar el establecimiento de redes de trabajo y fortalecer la capacidad regional y nacional, prestando especial atención a los siguientes aspectos:

- *fortalecer* los sistemas de vigilancia e información epidemiológicas;
- *prevenir* la transmisión mediante la transfusión sanguínea y el trasplante de órganos
- *promover* la identificación de pruebas diagnósticas para el cribado y el diagnóstico de la infección;
- *ampliar* la prevención secundaria de la transmisión congénita y la atención de los casos de infección congénita y de otro tipo;
- *impulsar* el consenso sobre la atención adecuada de los pacientes.

Cabe agregar que en nuestro país es menester continuar trabajando e implementar las medidas necesarias para lograr la consolidación de los logros alcanzados hasta la fecha y mantener un rumbo cierto y seguro para la certificación libre de transmisión vectorial en todo el territorio de la República Argentina. Asimismo, continuar con las investigaciones médico-científicas para el desarrollo de nuevos medicamentos que conlleven a contar con mejores tratamientos y trabajar en el desarrollo de una vacuna terapéutica para prevenir o retrasar las complicaciones de los infectados con el parásito *Trypanosoma cruzi*.

13.2.b.- Segunda parte: Las *personas infectadas con T.Cruzi* pueden presentar algún síntoma *al momento de la infección*, mayoritariamente los síntomas pasan desapercibidos y durante años pueden no tener ninguna manifestación, se calcula que el *70% de las personas infectadas* vivirán sin que se vea afectada su salud; en la *fase crónica de la enfermedad* el 30% desarrollará lesiones cardíacas, digestivas y neurológicas, que habrán de producir daños irreversibles o la muerte.

Los tratamientos actualmente aceptados, desarrollados hace casi 40 años atrás, no están adaptados para el uso pediátrico, ni de mujeres embarazadas. Sin embargo la curación alcanza casi el 100% en recién nacidos y lactantes, en cambio en niños y niñas mayores, adolescentes y adultos ronda entre el 60% ó 70%, pudiendo plantear efectos secundarios, lo cual importa la realización de un seguimiento ajustado de los pacientes bajo tratamiento.

El acceso a la detección y tratamiento de la enfermedad de Chagas, en especial en aquellas personas ubicadas en zonas rurales, presenta no pocos obstáculos, siendo estos los aspectos en los que hay que enfatizar las acciones.

Se trata de enfatizar la búsqueda que deben realizar en forma permanente los agentes sanitarios para lograr la detección de los casos de personas ya infectadas. Realizando todas las etapas que permitan la *confirmación del diagnóstico*, dado que requiere pruebas de laboratorio que no permiten contar con el resultado certero la primera vez.

Por lo tanto las actividades que implican *control vectorial* como la *detección* y el *tratamiento* de enfermos de manera sostenida, son los ejes que previenen la reaparición del insecto como la reinfección de pacientes.

En suma, para concretar la lucha con la enfermedad de Chagas se requieren llevar adelante actividades, de forma *sostenida y permanente*, tales como:

- *informar y educar a la población;*
 - *difundir las formas de contagio;*
 - *difundir y explicar cuáles son las medidas de prevención;*
 - *realizar control vectorial;*
 - *detección y tratamiento de la infección en pacientes asintomáticos de áreas endémicas;*
 - *visitas permanentes a las poblaciones con asiento en las zonas endémicas;*
 - *supervisión semanal de personas que se encuentran bajo tratamiento;*
 - *formación del personal de salud en estas cuestiones;*
 - *asegurar el suministro de medicamentos y reactivos de laboratorio y logística, entre otras.*
-