



ESTRATEGIA y PLAN DE ACCIÓN
PARA LA PREVENCIÓN y CONTROL DE LA
ENFERMEDAD DE CHAGAS
(Aprobados por resolución Ministerial N° 2021/14)

PROVINCIA DE SALTA

2014 – 2017



AUTORIDADES

Gobernador de la Provincia
Dr. Juan Manuel Urtubey

Ministro de Salud Pública
Dr. Oscar Guido Villa Nougués

Secretario de Servicios de Salud
Dr. Ricardo Carpio Domini

Secretario de Gestión Administrativa
CPN Mario Salim

Subsecretario de Gestión de Salud
Dr. Rubén Villalón

Director General de Coordinación Epidemiológica
Dr. Alberto Gerónimo Gentile

Directora de Atención Primaria de la Salud
Dra. Juana Semczuk

Director de Salud Materno Infanto Juvenil
Dr. Daniel Mamaní



ESTRATEGIA y PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS 2014 – 2017.

1. Introducción.

Se calcula que en todo el mundo, principalmente en América Latina, unos 10 millones de personas están infectadas por el *Trypanosoma cruzi* (parásito que causa la enfermedad de Chagas).

Inicialmente, la enfermedad de Chagas estaba confinada a la Región de las Américas, principalmente en América Latina, pero en la actualidad se ha propagado a otros continentes.

En Argentina habría 7.300.000 personas expuestas a la infección, 1.600.000 infectadas y más de 300.000 con algún daño visceral objetivable de origen chagásico. La seroprevalencia de infección por *T. cruzi* en embarazadas en el país fue de 4,1 % en 2012. En la Provincia de Salta, la población expuesta al riesgo de transmisión vectorial en 17 Áreas Operativas asciende a unas 50.000 personas, ya que habitan viviendas propicias para albergar *Triatoma infestans*, principal vector de la Enfermedad de Chagas.

La proporción de embarazadas infectadas ascendió al 4,6% en 2012.

Si bien es difícil establecer la prevalencia general de la infección por enfermedad *Trypanosoma cruzi* en nuestra provincia, se estima que entre 30 y 35 mil personas podrían sufrir esta condición, de las cuales alrededor de 6 mil podrían padecer formas crónicas. Hasta un 30% de los enfermos crónicos pueden presentar alteraciones cardíacas y hasta un 10% alteraciones digestivas, neurológicas o combinadas.

Desde la perspectiva de la vulnerabilidad del daño, en ausencia de transmisión vectorial desde 2007, la búsqueda activa y tratamiento de infectados en el período neonatal y hasta el primer año de vida aparece como el eslabón más débil de la cadena de transmisión, siguiéndole en importancia las intervenciones rutinarias de screening al ingreso de los alumnos en los tres niveles educativos. También reviste importancia, el sostenimiento de la calidad de la hemovigilancia. Esta estrategia de control fue analizada desde el enfoque costo beneficio por investigadores de la Universidad Nacional de Salta en 1998⁽¹⁾.



Por otra parte, el agente causal es sensible a dos drogas parasiticidas, una de las cuales, Benznidazol, ya se produce en Argentina, fármacos que permiten curar las formas agudas vectoriales y no vectoriales y detener el progreso de las lesiones en las formas crónicas, en un significativo porcentaje de enfermos.

En cuanto al control del vector, la creciente dispersión de poblaciones naturalmente resistentes a insecticidas piretroides y las pobres alternativas de sustitución por otros químicos de iguales prestaciones que aquellos, constituye un desafío a la creatividad científica, desafío que hemos asumido sin dudar desde el inicio mismo del fenómeno, desarrollando y publicando protocolos de investigación operativa en asociación con distintos grupos científicos.

2. Entomología.

Los antecedentes recopilados por L. León, P. Wygodzinsky y W. Ábalos establecen que escritos de López de Gomara, Antonio de Herrera, Gonzalo Fernández v Fray Bernardino de Sahagan, entre 1514 y 1569 hacen referencia a triatominos.

Posteriores escritos de Fray Reginaldo de Lizarraga y de los padres Bernabé Cobo y José Gumilla relatan las características de las picaduras y del hematofagismo de estos insectos. Por su parte, Félix de Azara menciona por primera vez el nombre folclórico argentino de "vinchuca, y el padre Martin Dovrizhoffer relata alguno de los hábitos del vector, especialmente la elección de escondrijos y hábito nocturno de alimentación.

El 25 de marzo de 1835 Charles Darwin, escribe: "Dormimos en la ciudad Luján, la cual es un pequeño lugar rodeado por jardines, y constituye el distrito más sureño en la Provincia de Mendoza; está a cinco leguas al sur de la capital. Por la noche experimenté un ataque (no merece un nombre menor) de vinchucas, una especie de reduvideo, la gran chinche negra de las Pampas" Muchos otros viajeros y cronistas se han referido a estos insectos y a las "calenturas" que ocasionaban. Por su parte, desde 1773, en que De Greer describe el *Triatoma rubrofasciata*, numerosos naturalistas realizaron estudios sistemáticos sobre los Triatominae. Por ejemplo, en 1811 Latreille describe el *Panstrongyus geniculatus*, en 1834 Klug hace lo propio con *Triatoma infestans*, en 1843 Blanchard describe el *Triatoma rubrovaria*, en 1859 Stal publica *Triatoma sórdida* y en



1879 Berg crea el *Panstrongylus* para una nueva especie, *P. guentheri*, al cual se incorporaría una especie descrita por Burmeister en 1835, *P. megistus*.

Con relación a la presencia de *Triatoma infestans* en la provincia de Salta, existe un primer trabajo fechado en 1963 titulado “*Ponderación de la infección Chagásica en Salta*” escrito por José García Bes y Rodolfo Carcavallo. En la misma, se citan tres géneros de triatomíneos en la provincia: *Psammolestes* y *Pastrongylus* representados por una especie cada uno: *Ps. Coreodes* y *P. guentheri*; *Triatoma* representado por siete especies: *T. infestans*, *T. platensis*, *T. sórdida*, *T. guasayana*, *T. deponstei*, *T. patagónica* y *T. eratyrisiforme*. *T. sórdida* fue encontrada en varias oportunidades en peridomicilios de Salvador Mazza, Santa Victoria Este (San Luis), Urundel, Dragones, Pozo del Zorro, El Quebrachal y Joaquín V. González; en forma silvestre fue hallada en Tonono y Santa Victoria Este.

El porcentaje de infección natural con *Tripanozoma cruzi* en *T. infestans* encontrado en los departamentos de la provincia, para la misma época, fue el siguiente: Anta: 39.4%; Cachi 29.8 %; Cafayate 32.1%; Capital 22.2 %; departamento Capital 24.1%; Cerrillos 42.0 % y Chicoana ⁽²⁾.

3. Antecedentes programáticos del componente de control vectorial.

Hasta la creación del Servicio Nacional de Chagas (SNCh) en 1962, no existían acciones registradas de control de la transmisión vectorial de la Enfermedad de Chagas en la Provincia de Salta.

Por ese entonces, se estima que la totalidad de los departamentos, con excepción de Los Andes, presentaban infestación por *Triatoma infestans*. En 1968, el promedio del Índice de Infestación de Viviendas, considerando las tres regiones en el SNCh dividía a la provincia, ascendía al 69,5%.⁽²⁾. A partir de 1972, gradualmente y hasta principio de la década de los 80, se ejecutaron actividades programáticas de tipo vertical para control vectorial, en forma centrífuga al Depto. Capital, en base a la utilización de HCH, al principio exitosas; sin embargo, el avance en la extensión de cobertura se vio dificultado en los departamentos de menor densidad demográfica y mayor magnitud de las barreras geográficas y climatológicas, como lo son Rivadavia, San Martín, Anta y Santa Victoria, lo cual, sumado a problemas político administrativos, originó la discontinuación de sus acciones.



En 1981, la provincia dispuso incorporar a las actividades rutinarias del Programa de Salud Rural (a partir de 1984, Programa de Atención Primaria de la Salud), el relevamiento de la infestación triatómica en la totalidad de las viviendas de las áreas operativas cubiertas por entonces, arrojando índices superiores al 80% en las viviendas de riesgo de los Deptos. Rivadavia, San Martín, Orán (Pichanal) y Santa Victoria (Los Toldos), entre 60 y 80% en Anta, Rosario de la Frontera, Metán, Chicoana, La Candelaria, Cafayate y San Carlos, con porcentajes algo menores, pero en ningún caso inferior al 19%, en el resto de los distritos. Este diagnóstico puso fin a la verticalización y originó la creación del programa Provincial de Chagas, mediante Decreto N°1447/81, sustentado en la horizontalización total de la vigilancia de infestación/reinfestación en la Estrategia de APS, con apoyo logístico para la fase de ataque químico (primero con Hexa-cloro-ciclo-exano (HCH) y más tarde con insecticidas piretroides) por parte de brigadas locales provinciales vinculadas directamente a los agentes sanitarios. Este instrumento fue modificado por el Decreto N° 1070/82, denominándose entonces como Programa Provincial de Lucha Contra la Enfermedad de Chagas, el cual contaba con respaldo financiero nacional a través de la Resolución Nacional N°1746/82.

Para 1986, el índice de infestación no superaba el 7% en ninguna de las áreas cubiertas por APS.

Hasta el año 1990, el sistema de salud provincial disponía a nivel operativo de efectores capacitados para la evaluación y el rociado de las viviendas, distribuidos en áreas operativas endémicas; los que progresivamente pasaron a desempeñarse en otras funciones.

A partir de 1993, con un Índice de Infestación del 1,23% sobre 50.344 viviendas evaluadas (denominador proporcionado por el programa de APS, que no discriminaba viviendas de riesgo para albergar triatómicos), las directrices nacionales propiciaron la horizontalización del control vectorial, dando mayor protagonismo a las comunidades afectadas. Ello implicó capacitación y posterior provisión de aspersores e insecticidas, destinados fundamentalmente a agentes sanitarios, docentes rurales y, eventualmente, agentes municipales. Además, se desalentó la vigilancia entomológica convencional por hora hombre, sustituyéndosela por los denominados "Biosensores María". Estos



dispositivos no sólo no resultaron eficaces, sino que actuaron en detrimento de la sensibilidad del sistema de vigilancia, con incremento significativo de la infestación y, consecuentemente, del riesgo de transmisión vectorial, lo que obligó a la reimplantación del método de evaluación por hora hombre, en 1998.

En 2000, la modificación de estructuras sancionada por Decreto N° 662/00 no incluyó a la Enfermedad de Chagas como programa, asumiendo la responsabilidad de las acciones de prevención y control el Programa de Zoonosis y Control de Vectores, dependiendo de la Coordinación de Gestión Epidemiológica.

En 2001, con motivo de la propuesta de exploración de factibilidad para Certificación Internacional de Interrupción del Riesgo de Transmisión Vectorial en la Provincia de Salta (OPS/OMS), la infestación general informada fue del 0,97%, sobre 81.905 viviendas evaluadas de las 90.509 a vigilar por APS.

Ese mismo año, el Área Operativa Salvador Mazza reportó problemas de control vectorial en los sectores sanitarios de “El Chorro” y “La Toma”, el que luego se corroboró se debía a resistencia a piretroides⁽³⁾.

Inicialmente descrito como un hecho puntual cercano a Prof. Salvador/Yacuiba, el fenómeno se encuentra hoy extendido a lo largo del límite internacional con ese país, donde el fenómeno ha sido comunicado afectando al 26% de las viviendas del Depto.

Tarija y al 35% del Depto. Chuquisaca (Informe del Encuentro de Salud de Fronteras Argentino-Boliviano, Yacuiba, 2011).

En 2004 la resistencia fue documentada el AO Aguaray, en los sectores colindantes con Bolivia de Campo Largo, Macueta y Acambuco, lugares donde la colonización intra y peridomiciliaria alcanzó el máximo nivel conocido (>500 <900 *T. infestans* por habitación).

Ello obligó a implementar actividades de mitigación no convencionales, comenzando ese mismo año experiencias con métodos físicos, las que se extendieron hasta 2007^(4,5). Asimismo, se implementó el uso normatizado con fipronil por topicación, en animales peridomiciliarios⁽⁶⁾.

En 2007, las acciones programáticas fueron encargadas de oficio a la Dirección de Coordinación Epidemiológica, momento a partir del cual se comienza con el relevamiento georreferenciado y la aplicación de criterios de estratificación de riesgo



para infestación vectorial, con lo cual se modificó sustancialmente el denominador de viviendas a vigilar, que pasó de 104.678 (bajo Programa de APS) a 12.137 unidades, en las 17 Áreas Operativas. Esta selección se hizo en base a recopilación de antecedentes documentales sobre reportes de infestación en los 10 años anteriores. Ello permitió ajustar los valores del Índice de Infestación a un denominador basado en criterios epidemiológicos. La firma del convenio FESP en 2008, permitió aumentar la sensibilidad y especificidad de la vigilancia entomológica y el tratamiento de viviendas, mediante la incentivación económica directa de personal experimentado (Agentes Sanitarios, exintegrantes de las brigadas provinciales y operarios provenientes de los planes sociales).

Ese mismo año, mediante Decreto N° 2364 se recrea el Programa de Chagas, bajo la dependencia de la Subsecretaría de Medicina Social, con dependencia funcional de la Dirección de Coordinación Epidemiológica.

Los trabajos exploratorios de biocontrol de poblaciones de triatomas resistentes a insecticidas con el hongo entomopatógeno *Beauveria bassiana*, dieron también comienzo en 2008, en asociación con el Instituto Nacional de Investigaciones Bioquímicas de La Plata (INIBIOLP)⁽⁷⁾.

En 2010 se publica el trabajo que prueba la hipótesis respecto a que la herencia de la resistencia a la deltametrina en *T. infestans* es autosómica y dominante incompleta ⁽⁸⁾.

A partir de 2011, se comenzó con intervenciones de biocontrol de diseño propio, tomando como modelo de experimentación las viviendas infestadas de Aguaray, donde se alcanzó un control muy satisfactorio. La experiencia se propagó primero a Salvador Mazza y luego a Santa Victoria Este.

Este mismo año, la Resolución N° 174/11 del Ministerio de Educación autoriza el dictado de los Contenidos Curriculares sobre Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y la implementación de las Escuelas Centinela de Chagas.

A partir de 2012, la totalidad de las actividades de prevención y control de la Enfermedad de Chagas fueron incorporadas al Presupuesto Provincial.

También, se aprobaron nuevas estructuras orgánicas del Ministerio de Salud Pública, donde las actividades programáticas fueron asignadas formalmente a la Dirección General de Coordinación Epidemiológica, dependiendo el Componente Vectorial del



Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores y Otros Reservorios y el No Vectorial del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio; por otra parte, las actividades de los subcomponentes de Vigilancia Epidemiológica, Fármaco Vigilancia y Clínico, se asignaron al programa de Vigilancia Epidemiológica, mientras que el despliegue del Componente Información, Educación y Comunicación, quedó bajo responsabilidad del Programa de Educación para la Salud, dependiente de la Subsecretaría de Medicina Social.

4. Antecedentes programáticos del componente de control no vectorial.

Respecto de estudios para estimar la seroprevalencia de la enfermedad en la provincia, el primero de ellos publicado, fue hecho en la cohorte 1964 de los ciudadanos de 20 años de edad enrolados para el Servicio Militar Obligatorio, donde se documentó infección chagásica en el 22,7% de esa población, cifra que se redujo al 11,1% en 1985⁽⁹⁾.

En 1966, Carcavallo y García Bes estudiaron 3475 conscriptos, encontrando una reactividad serológica del 19,9%. Otros dos estudios sobre preconscriptos de 1981 y 1993 arrojaron una prevalencia de 11,9% y 8,8%, respectivamente⁽¹⁾.

Para 1985/86, la seroprevalencia en embarazadas estudiadas en el Hospital Materno Infantil de Salta, alcanzaba al 16%, cifra que descendió al 12% en 1993. Cuatro años más tarde, se ubicaba en 7,4%.

En 1997, se realizaron dos estudios para determinar la incidencia de Chagas Congénito en hijos de madres chagásicas, ubicando este indicador en 4%.

En 1984 se implementó la hemovigilancia en donantes de bancos de sangre, registrándose cifras superiores al 14%. En 2000, los hemodonantes registraron una reactividad del 7,5%.

En la Universidad Nacional de Salta se incluyó en el año 1998, el análisis para Chagas (HAI/ELISA) en examen médico de admisión a 2.396 jóvenes de 15 a 25 años. Entre estos, 23 (0.96%) tuvieron reacciones positivas.

En 2001, con motivo de la propuesta de exploración de factibilidad para Certificación Internacional de Interrupción del Riesgo de Transmisión Vectorial en la Provincia de Salta (OPS/OMS), se estudiaron 3.614 niños < 5años, resultando reactivas 23 muestras (0,63%)⁽¹⁰⁾.

5. Análisis de la situación actual.

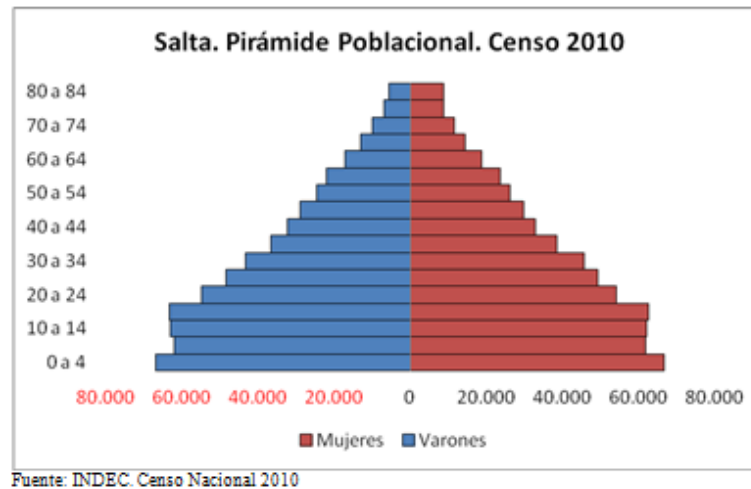


5.1. División política.



5.2. Población por Departamento

Departamento	1	2a	2b	3	4	5	
Anta	60.414	52,28	47,72	1524	32.65	5.44	1. Población total. Ambos sexos. Censo Nacional 2010. 2a. Porcentaje de población Varones. Censo Nacional 2010 2b. Porcentaje de población Mujeres. Censo Nacional 2010 3. Número de nacidos vivos. 4. Porcentaje de población de menores de 15 años. Censo Nacional 2010 5. Porcentaje de población de 65 años y más. Censo Nacional 2010 Anuario Estadísticas Vitales - 2010. Programa de Estadísticas. MSP-Salta
Cachi	7.223	50,91	49,09	167	35.77	8.51	
Cafayate	14.582	49,88	50,12	311	31.32	7.17	
Capital	535.303	48,06	51,94	10840	27.73	7.87	
Cerrillos	35.579	50,45	49,55	760	34.15	5.37	
Chicoana	20.727	50,17	49,83	431	31.80	7.84	
General Güemes	47.348	49,95	50,05	924	30.24	7.40	
General San Martín	156.678	50,09	49,91	4241	35.00	5.27	
Guachipas	3.193	51,64	48,36	71	30.72	10.43	
Iruya	5.989	48,72	51,28	171	40.02	6.51	
La Caldera	7.841	51,79	48,21	117	29.56	7.01	
La Candelaria	5.724	51,59	48,41	87	32.77	8.87	
La Poma	1.794	49,33	50,67	31	37.51	7.25	
La Viña	7.465	50,15	49,85	150	31.01	9.65	
Los Andes	6.126	53,33	46,67	140	39.23	4.03	
Metán	40.300	50,06	49,94	815	28.99	9.13	
Molinos	5.625	49,39	50,61	141	38.45	9.00	
Orán	138.018	50,27	49,73	3776	34.91	5.19	
Rivadavia	30.449	52,10	47,90	1000	40.96	5.11	
Rosario de la Frontera	29.124	49,44	50,56	678	30.07	8.80	
Rosario de Lerma	38.460	49,83	50,17	834	32.05	7.31	
San Carlos	6.927	50,50	49,50	113	35.00	8.81	
Santa Victoria	10.318	48,75	51,25	227	41.37	7.33	



5.3. Indicadores socioeconómicos.

Departamento	1	2	3	4	5	6	
Anta	43,85	6,22	3,32	2,90	46,56	18,57	
Cachi	36,19	4,03	1,11	2,92	34,20	19,50	
Cafayate	27,40	2,52	1,00	1,53	79,34	72,92	1. % de población con NBI
Capital	21,33	1,34	0,53	0,81	82,48	74,95	
Cerrillos	35,64	2,48	0,98	1,50	45,16	24,13	2. % de población con 10 y más años en condiciones de analfabetismo.
Chicoana	34,86	2,54	1,21	1,34	51,08	20,14	
General Güemes	31,40	3,35	1,26	2,09	68,53	32,43	3. % de población con 10 y más años en condiciones de analfabetismo. Varones
General San Martín	40,66	4,96	2,12	2,84	53,42	34,51	
Guachipas	44,67	4,08	1,85	2,23	47,29	0,00	4. % de población con 10 y más años en condiciones de analfabetismo. Mujeres
Iruya	49,67	9,44	2,14	7,30	9,98	6,20	
La Caldera	32,81	2,29	1,10	1,18	54,92	0,00	5. % de población total con agua corriente
La Candelaria	35,12	3,25	1,79	1,46	47,03	0,00	
La Poma	43,40	7,68	2,15	5,53	34,66	0,00	6. % de población total con desagües cloacales
La Viña	34,06	3,34	1,49	1,85	54,18	0,00	
Los Andes	41,88	5,54	1,51	4,03	47,85	20,35	
Metán	30,64	3,07	1,67	1,40	66,33	55,83	
Molinos	48,35	5,71	1,57	4,14	24,57	6,40	
Orán	43,20	4,39	1,86	2,53	54,80	44,38	
Rivadavia	65,50	10,85	4,72	6,13	11,55	0,00	
Rosario de la Frontera	26,56	3,33	1,63	1,70	63,11	51,01	
Rosario de Lerma	31,16	2,72	1,03	1,69	56,21	28,29	
San Carlos	35,27	5,88	1,72	4,16	47,63	36,14	
Santa Victoria	55,68	14,51	3,83	10,69	12,85	6,37	

Fuente: 1, 2, 3 y 4: Censo Nacional 2010; 5 y 6: Censo Nacional 2001



5.4. Enfermedades infecciosas seleccionadas.

	Leptospirosis		Hantavirus		Chagas Agudo Congénito		SIDA		VIH(*)		Tuberculosis		Meningitis TBC en < 5 años		Tétanos Neonatal		Sífilis congénita	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Provincia	2	3	27	26	23	41	44	45	117	136	600	686	1	1	0	0	12	29
País	422		95				1494		4640		10579		5		5		639	
Anta											1	7						
Cachi											1	1						
Cafayate										1	3	5						
Capital	2	1	1	2	12	19	44	44	115	133	319	370	1	1			9	23
Cerrillos								1		1	7	10						1
Chicoana											5	1						
Gral. Güemes				1	5	6					32	20						1
Gral. S. Martín		2	4	2	2	6			1		101	123					2	1
Guachipas																		
Iruya											2							
La Caldera																		
La Candelaria																		
La Poma																		
La Viña																		
Los Andes																		
Metán									1	12	4							2
Molinos																		
Orán			21	21	2	10					74	89					1	1
Rivadavia			1		2						10	26						
R. de la Front											12	15						
R. de Lerma									1		18	13						
San Carlos												1						
S. Victoria											3	1						

Fuente: SNVS

5.5. Salud Materno Infantil – 2012

5.6. Indicadores básicos.

	1	2	3	4	5	6	7	7a	8	9	
Total país¹	17,9	99,6	1,1	6,1	15,48	258	11.1	8227	67.35	32,65	1. Tasa bruta de natalidad (por mil hab). Año 2012. 2. % de nacidos vivos ocurridos en establecimientos asistenciales en relación al total de nacidos vivos 3. % de nacidos vivos de muy bajo peso al nacer (< 1.500 grs.) Año 2012. 4. % de nacidos vivos de bajo peso al nacer (< 2.500 grs.) Año 2012. 5. % de nacidos vivos de madres entre 9 y 19 años. Año 2012. 6. Mortalidad materna. Número de casos por departamento. Año 2012. 7. Tasa de mortalidad infantil expresada por mil nacidos vivos Año 2012. 7ª. Número de defunciones de menores de 1 año. Año 2012. 8. Mortalidad neonatal expresada como porcentaje del total de fallecidos menores de 1 año. Año 2012. 9. Mortalidad pos neonatal expresada como porcentaje del total de fallecidos menores de 1 año. Año 2012. Fuente: Estadísticas vitales 2.012. Programa de Estadísticas. MSP. Salta DEIS. Anuario 2012.
Total provincia	20,1	99,13	1,07	6,69	17,91	11	12.5	330	69,70	30,30	
Anta	19,1	99,82	1,03	5,91	21,42	1	19,71	23	4,85	2,12	
Cachi	20,1	99,41	0,58	6,43	23,97	1	-	-	-	-	
Cafayate	19,5	100	1,07	7,83	14,94	-	17,79	5	1,21	0,30	
Capital	19,5	99,75	1,27	7,72	15,05	3	11,53	131	33,03	6,67	
Cerrillos	21,0	100	1,31	6,53	18,43	-	18,87	13	3,33	0,61	
Chicoana	16,5	98,32	0,28	3,34	21,44	-	11,14	4	0,61	0,61	
General Güemes	18,6	99,45	0,65	4,13	16,84	-	10,87	10	1,52	1,52	
General San Martín	22,0	99	0,94	5,77	19,40	-	12,33	47	9,39	4,85	
Guachipas	13,3	100	-	14,00	26	-	-	-	-	-	
Iruya	16,8	91,52	0,85	4,24	26,27	-	16,95	2	-	0,61	
La Caldera	19,5	100	-	5,52	11,72	-	6,9	1	-	0,30	
La Candelaria	14,3	100	1,16	5,81	20,93	-	-	-	-	-	
La Poma	14,9	87,5	-	3,13	18,75	-	-	-	-	-	
La Viña	16,1	100	-	3,94	15,74	1	15,75	2	0,30	0,30	
Los Andes	25,3	96,27	-	8,70	18,63	-	31,06	5	0,30	1,21	
Metán	16,8	100	0,94	6,31	17,18	2	14,77	11	2,42	0,91	
Molinos	19,9	98,37	-	4,88	21,13	-	16,26	2	-	0,61	
Orán	22,8	98,52	1,12	5,60	19,65	-	12,96	44	8,48	4,85	
Rivadavia	27,9	95,71	0,63	5,85	26,33	2	11,49	11	1,21	2,12	
R. de la Frontera	18,8	99,82	0,87	5,38	18,92	-	12,15	7	1,82	0,30	
Rosario de Lerma	17,2	98,62	1,51	9,33	22,08	1	12,35	9	0,91	1,82	
San Carlos	21,7	95,85	-	7,10	25,44	-	-	-	-	-	
Santa Victoria	17,1	91,62	0,99	7,39	24,63	-	14,78	3	0,30	0,61	



6. Componente vectorial.

6.1. Viviendas bajo vigilancia en zona endémica.

Vigilancia entomológica según departamento. Provincia de Salta – Cuarto trimestre 2013					
Departamentos zona endémica	Cantidad de viviendas evaluadas por APS (Bajo riesgo)	Cantidad de viviendas de alto riesgo bajo vigilancia especial (Alto riesgo)	%	Información básica	2013
Anta	14.294	1.117	7,8	Cob (%)	100
				Viviv. positivas	2
				IUD (B. riesgo/ A. riesgo)	0,04/0,18
				I. Dispersión	100
				Viv. tratadas	10
Cafayate	3.583	825	23,0	Cob (%)	100
				Viviv. positivas	9
				IUD (B. riesgo/ A. riesgo)	0,25/1,09
				I. Dispersión	100
				Viv. tratadas	12
Metán	11.805	338	2,8	Cob (%)	100
				Viviv. positivas	7
				IUD (B. riesgo/ A. riesgo)	0,05/2,07
				I. Dispersión	100
				Viv. tratadas	10
Rivadavia	8.289	3.899	47,0	Cob (%)	100
				Viviv. positivas	74
				IUD (B. riesgo/ A. riesgo)	0,89/1,90
				I. Dispersión	100
				Viv. tratadas	140
San Martín	42.429	2.201	5,1	Cob (%)	100
				Viviv. positivas	99
				IUD (B. riesgo/ A. riesgo)	0,23/4,50
				I. Dispersión	100
				Viv. tratadas	197
San Carlos	1.469	1.172	79,7	Cob (%)	100
				Viviv. positivas	12
				IUD (B. riesgo/ A. riesgo)	0,81/1,02
				I. Dispersión	100
				Viv. tratadas	11
La Viña	2.476	132	5,3	Cob (%)	100
				Viviv. positivas	3
				IUD (B. riesgo/ A. riesgo)	0,12/2,27
				I. Dispersión	100
				Viv. tratadas	6
Rosario de la Frontera	8.887	716	8,0	Cob (%)	100
				Viviv. positivas	28
				IUD (B. riesgo/ A. riesgo)	0,31/3,91
				I. Dispersión	100
				Viv. tratadas	0
Total pcia. zona endémica	93.232	10.400	11,1	Cob (%)	100
				Viviv. positivas	234
				IUD (B. riesgo/ A. riesgo)	0,25/2,25
				I. Dispersión	100
				Viv. tratadas	386

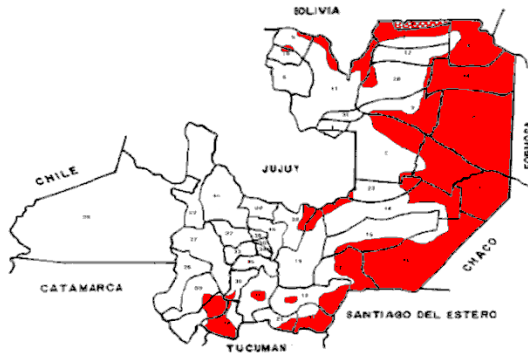


La tabla anterior muestra que en 2013 ascendieron a 10.400 unidades habitacionales clasificadas como de alto riesgo para colonización por *Triatoma infestans*, sobre un denominador general de 93.332 viviendas bajo censo continuo y vigilancia rutinaria por parte del Programa de Atención Primaria de la Salud (APS). Dichas unidades recibieron tres evaluaciones entomológicas anuales, registradas en formularios ad hoc de vigilancia especial, a cargo también de agentes sanitarios.

En el último trimestre de 2013, el mayor riesgo sanitario relacionado con la proporción de la infestación en viviendas con vigilancia intensificada, se registró en el Depto. San Martín, con 99 unidades (4,5%) de alto riesgo infestadas (*T. infestans* resistentes), seguido por Rosario de la Frontera con 28 (3,9%; viviendas colindantes con parajes del Depto. Pellegrini, Pcia. de Santiago del Estero), La Viña con 3 unidades (2,2%; infestación exclusivamente peridomiciliaria), seguido por Metán con 7 casas infestadas (2,0%; idéntica situación que R. de la F); San Carlos 12 viviendas (1%), al igual que Cafayate (idéntica situación a La Viña) y Anta con 0,1% (viviendas colindantes con parajes del Depto. Copo, Pcia. de Santiago del Estero).

El fenómeno de infestación/reinfestación afectó a un total de 234 viviendas bajo vigilancia intensificada, representando un Índice de Infestación del 2,25%; esta cifra representa el 0,25% para el total de viviendas bajo vigilancia entomológica en la provincia.

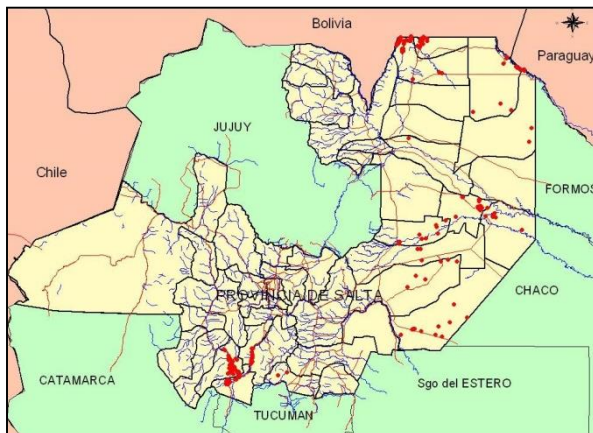
Una particularidad que afecta a este componente en la Provincia de Salta es el fenómeno de resistencia a piretroides presente presumiblemente desde 2000 en el límite internacional con Bolivia, publicado dos años más tarde (Barrios et al, 2002), inicialmente descrito como un hecho puntual cercano a Prof. Salvador/Yacuiba, hoy extendido a la totalidad de las viviendas ubicadas a lo largo del límite internacional con ese país, con dispersión que alcanza a viviendas ubicadas a más de 250 km al sur de la línea limítrofe. En el Estado Plurinacional de Bolivia, el fenómeno ha sido comunicado afectando al 26% de las viviendas del Depto. Tarija y al 35% del Depto. Chuquisaca (Encuentro de Salud de Fronteras Argentino-Boliviano, Yacuiba, 2011).



Distribución espacial del riesgo de transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* en 2002. El puntillado muestra la incipiente introducción de ejemplares resistentes a piretroides en AO Salvador Mazza.



Distribución espacial del riesgo de transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* en 2013. La significativa reducción territorial se obtuvo reasignando criterios de riesgo en base a una estratificación basada en la historia vectorial de cada vivienda, tras la depuración de los registros del programa de APS en 2007. El puntillado muestra la extensión territorial del fenómeno de resistencia.



Un 25% del total de las viviendas de alto riesgo para albergar vinchucas, se encuentran georeferenciadas mediante Google Earth, con interfase Excel.

7. Componente no vectorial.

7.3. Embarazadas: durante 2013 se estudiaron 28.760 embarazadas por par serológico HAI/ELISA, arrojando una seroprevalencia promedio de 3.25%. Los extremos de la distribución oscilaron entre 0 % para los Dptos. Guachipas, La Caldera, La Viña, La Poma y Los Andes y 8.90 % en el Dto. Gral. San Martín.



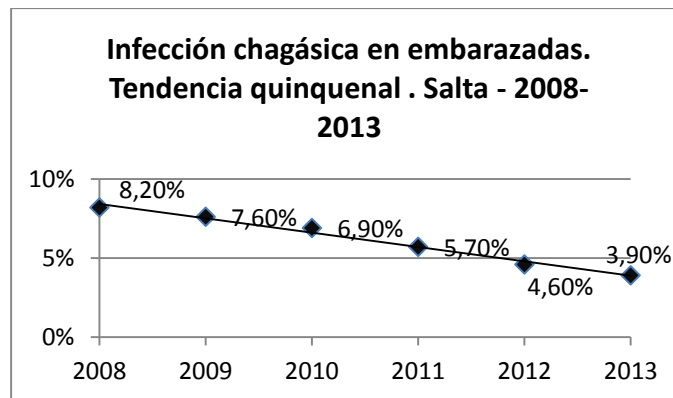
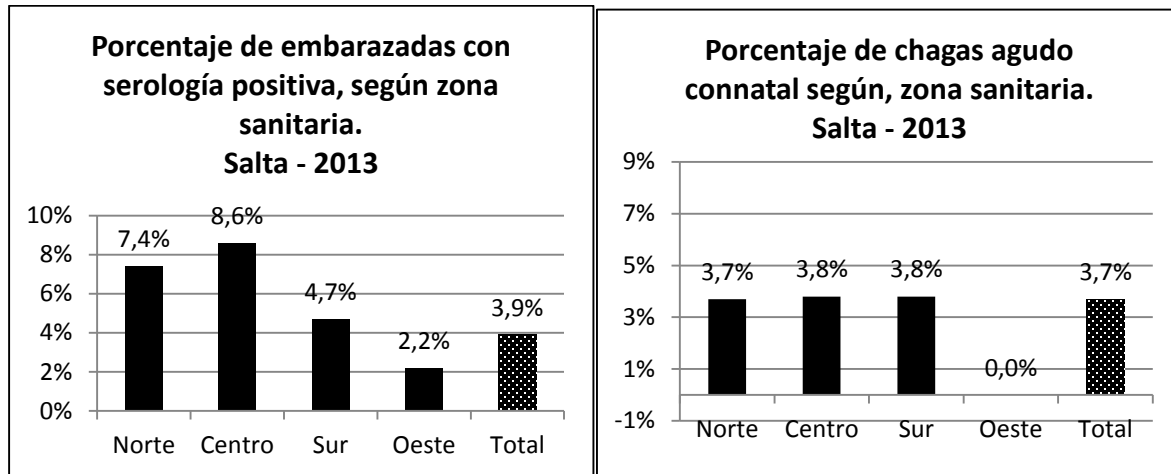
7.4. Chagas congénito: en 2013, sobre 1.294 niños menores de 1 año hijos de madre chagásica estudiados por métodos parasitológicos y par serológico, se confirmaron 42 infectados por *Trypanosoma cruzi*, siendo el porcentaje para ese grupo seleccionado de 3.25 %.; por visualización directa se confirmaron 14 recién nacidos (1.08 %), mientras que por serología al año de vida 28 niños (2.17 %). La tasa de incidencia de Chagas Congénito tomada sobre los 27.147 nacidos vivos, se ubica en 1,54 por mil, en igual período. De los 42 niños infectados, 17 (40,5%) finalizaron el tratamiento supervisado con benznidazol durante 2013, 12 (28,5%) se encontraban aun en tratamiento al finalizar el año; los 13 restantes (31,0%), no habían iniciado el mismo.

En la distribución departamental de las notificaciones de Chagas Congénito correspondió a Capital el 28.44% de los casos, siguiéndole Orán con el 25.97%, Gral. San Martín con el 19.71%, Gral Guemes con 10.97% y Metán con 8.73%; los Deptos La Candelaria, La Viña, Los Andes, Molinos y Rosario de La Frontera, no reportaron casos.

INFECCION CHAGASICA CONNATAL. SALTA. AÑO: 2013

DEPARTAMENTO	Nº de Embarazadas Estudiadas	Nº de Embarazadas Positivas	Proporción de embarazadas positivas (%)	Nº de Recién Nacidos de madres chagasicas estudiados	Nº de hijos con parasitologia positiva	Nº de niños > 10 meses con serologia positiva	Total de niños con Infección Chagásica connatal	Infección Chagásica connatal
Anta	842	45	5,34	7	0	0	0	0,00
Cachi	285	8	2,81	4	0	0	0	0,00
Cafayate	752	9	1,20	9	0	0	0	0,00
Capital	14.301	307	2,15	368	3	11	14	3,80
Cerrillos	448	20	4,46	1	0	0	0	0,00
Chicoana	405	20	4,94	8	0	0	0	0,00
Gral. Güemes	853	63	7,39	142	0	0	0	0,00
Gral. San Martín	3.765	335	8,90	255	6	0	6	2,35
Guachipas	56	0	0,00	1	0	0	0	0,00
Iruya	87	1	1,15	3	0	0	0	0,00
La Caldera			0,00					0
La Candelaria	156	2	1,28	0	0	0	0	0,00
La Poma	26	0	0,00	2	0	0	0	0,00
La Viña	56	0	0,00	0	0	0	0	0,00
Los Andes	223	0	0,00	0	0	0	0	0,00
Metán	585	12	2,05	113	0	5	5	4,42
Molinos	106	1	0,94	0	0	0	0	0,00
Orán	3.853	232	6,02	336	5	11	16	4,76
Rivadavia	839	56	6,67	13	0	1	1	7,69
R. de Lerma	584	9	1,54	7	0	0	0	0,00
R. de la Frontera	319	8	2,51	0	0	0	0	0,00
San Carlos	57	1	1,75	24	0	0	0	0,00
Santa Victoria	162	1	0,62	1	0	0	0	0,00
Total	28.760	1.130	3,93	1.294	14	28	42	3,25

Fuente: Programa de Chagas. M.S.P. Salta



7.5. Seroprevalencia en niños de 1 a 14 años: los datos disponibles para este grupo de edad proceden de muestras extraídas espontáneamente por los servicios de salud, con excepción de los Dptos. Rivadavia, San Martín y Orán, donde se extrajeron muestras a niños escolarizados de algunos establecimientos rurales y urbanos.

En 2010, se extrajeron 6980 muestras en 19 de los 23 departamentos, confirmándose 215 infectados (3,08%); el Depto. Santa Victoria presentó el mayor porcentaje (32,84%), siguiéndole Rosario de Lerma (15,0%) Metán (13,33%), San Martín (8,80%), Orán (2,94%), Capital (1,74%) y Anta (0,74%), respectivamente.

En 2013, en los mismos departamentos y con igual procedencia, se estudiaron por par serológico 8587 – 18,7% más que en 2010 – por un incremento significativo de escolares estudiados en los departamentos Gral. Güemes, San Martín, Orán, San Carlos y Santa Victoria; se confirmaron 172 infecciones, siendo la seroprevalencia del 2%. El porcentaje más elevado se observó en el Depto. Iruya (100,0%) donde el único niño estudiado era hijo de madre chagásica; le siguieron en orden decreciente,



Chicoana (21,88%), Cafayate (7,14%), Rivadavia (5,04%), Metán (3,43%), San Martín (2,45%), Capital (2,11%), Orán (1,83%), Anta (1,19%) y Güemes (0,73%), respectivamente.

SEROPREVALENCIA EN NIÑOS de 1 a 14 AÑOS

Departamento	2010			2013		
	Muestras	+	%	Muestras	+	%
Anta	136	1	0,74	253	3	1,19
Cachi	22	0	0,00	34	0	0,00
Cafayate	14	0	0,00	14	1	7,14
Capital	1779	31	1,74	2082	44	2,11
Cerrillos	2	0	0,00	1	0	0,00
Chicoana	9	0	0,00	32	7	21,88
Gral. Güemes	73	0	0,00	551	4	0,73
Gral. San Martín	250	22	8,80	1997	49	2,45
Guachipas	5	0	0,00	2	0	0,00
Iruya	4	0	0,00	1	1	100,00
La Poma	0	0	0,00	4	0	0,00
La Viña	1	0	0,00	1	0	0,00
Metán	150	20	13,33	321	11	3,43
Orán	781	23	2,94	2512	46	1,83
Rivadavia	3647	93	2,55	119	6	5,04
R. de Lerma	20	3	15,00	1	0	0,00
R. de la Frontera	3	0	0,00	2	0	0,00
San Carlos	2	0	0,00	179	0	0,00
Santa Victoria	67	22	32,84	481	0	0,00
Total	6980	215	3,08	8587	172	2,00

8. **Hemodonantes:** sobre un total de 19.230 hemodonantes estudiados en 2013, resultaron reactivos 811 personas, siendo la prevalencia provincial de 4.22%. Los extremos de la distribución oscilan entre el 1,22% para el banco de sangre de Rosario de la Frontera y 9.1 % para Embarcación.

La distribución porcentual por zona sanitaria, muestra a Zona Norte con 6,90%, Sur con 4,90%, siguiéndole Zona Centro con 3,25%, respectivamente.

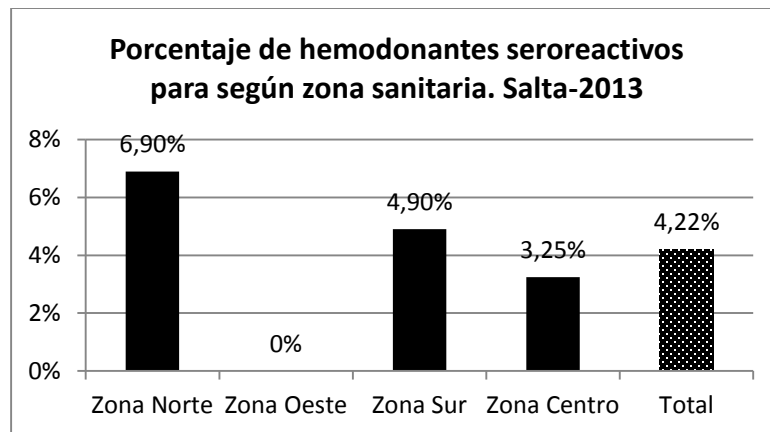


Formulario Nro.9

AÑO: 2013

SEROLOGÍA PARA CHAGAS EN BANCOS DE SANGRE

DEPARTAMENTO	Nº de Muestras Controladas	Nº de Muestras Reactivas	Proporción de positividad (%)
ZONA NORTE	4.376	302	6.9
ORÁN	1.803	82	4.54
COLONIA STA. ROSA	-	-	0,00
EMBARCACIÓN	230	21	9.1
MORILLO	41	-	0,00
TARTAGAL	2.302	199	8.6
SALVADOR MAZZA	-	-	0,00
GRAL. MOSCONI	-	-	0,00
ZONA OESTE	-	-	0,00
CACHI	-	-	
CAFAYATE	-	-	0,00
ZONA SUR	1.257	62	4.9
GRAL. GUEMES	707	29	3,48
J.V. GONZÁLEZ	126	10	9,82
METAN	289	18	3,30
ROSARIO FRONTERA	135	5	1,22
CAPITAL	13.597	447	3.25
CR DE HEMOTERAPIA	13.597	443	
SAN BERNARDO	-	-	0,00
TOTAL PROVINCIA	19.230	811	4.22





9. Administración de tratamientos.

Formulario Nro. 7 -A-

PROVINCIA: Salta

AÑO: 2013

NOTIFICACION DE TRATAMIENTOS DE CASOS DE CHAGAS

DEPARTAMENTO	LOCALIDAD	0 a 14 años	> 14 años	Total General	Comprimidos BENZNIDAZOL 50 mg	Comprimidos BENZNIDAZOL 100 mg	Comprimidos Nifurtimox utilizados
Anta	Apolinario Sarava	1	0	1	0	0	200
Anta	Las Lajitas	1	0	1	0	100	0
Calayate	Calayate	1	0	1	100	0	0
Salta	Salta (capital)	6	5	11	230	100	1.100
Chicoana	Chicoana	0	1	1	0	0	200
Gral. Güemes	Gral. Güemes	5	3	8	100	800	600
San Martín	Aguaray	5	1	6	700	500	0
San Martín	Prof. Salvador Mazza	4	0	4	200	0	400
San Martín	Embarcación	3	0	3	540	0	0
San Martín	Tartagal	5	5	10	120	0	1.700
San Martín	Gral. Mosconi	4	0	4	100	0	600
La Viña	La Viña	1	0	1	0	100	0
Metán	Metán	2	0	2	200	100	0
Orán	Col. Sta. Rosa	3	0	3	100	0	500
Orán	Orán	4	2	6	200	300	500
Orán	Hipólito Yrigoyen	2	0	2	400	0	0
Orán	Urundel	3	0	3	300	0	200
Rivadavia	Morillo	2	1	3	200	0	200
Rivadavia	Santa Victoria Este	15	2	17	3.330	0	200
Rivadavia	Alto de la Sierra	1	0	1	0	300	0
Rivadavia	Rivadavia Banda Sur	1	0	1	100	0	0
Rosario de Lerma	Campo Quijano	1	0	1	100	0	0
Rosario de la Frontera	Rosario de la Frontera	0	1	1	0	0	200
Santa Victoria	Santa Victoria Oeste	1	0	1	0	0	100
Total General		71	21	92	7.020	2.300	6.700

La notificación de tratamientos según departamento muestra que, en total, 92 pacientes tuvieron acceso al mismo con alguna de las dos drogas autorizadas.

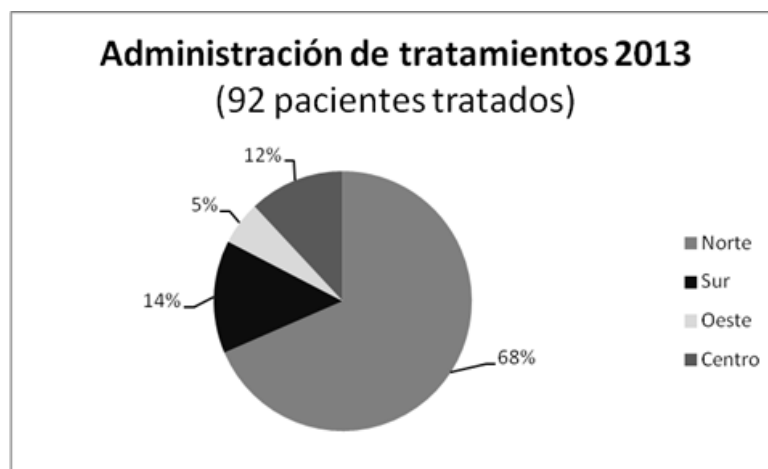
En menores de 14 años, se completaron 71 esquemas terapéuticos (77,17%). El Depto. San Martín reportó 21 niños tratados (29,57%); Rivadavia reportó 19 niños tratados (26,76%); Orán completó 12 esquemas (16,90%); Capital reportó 6 (8,45%); Gral. Güemes



5 (7,04%); Metán y Anta con 2 tratamientos cada uno (2,81%); con 1 niño tratado (1,40%) aparecen Cafayate, La Viña y Rosario de Lerma.

En mayores de 14 años, se trataron 21 pacientes (22,83%), distribuyéndose entre San Martín, con 6 esquemas notificados (28,57%); Capital con 5 (23,80%); le siguieron Gral. Güemes y Rivadavia con 3 notificaciones cada uno (14,28%); Orán reportó 2 tratamientos (9,52%); Chicoana y Rosario de la Frontera reportaron 1 paciente tratado cada uno (4,76%).

La distribución por zona sanitaria, muestra a la Zona Norte con el 68% de pacientes tratados, siguiéndole Zona Sur con 14%, Centro con 12% y Oeste con 5%.



10. Análisis FODA.

a.- Componente de Vigilancia Epidemiológica.

Fortalezas:

- Implementación del screening a los 6 años.
- Notificación obligatoria por SNVS (Módulo C2 y SIVILA).
- Control de gestión programática continua y permanente.

Oportunidades:

- La elección de áreas operativas de máxima dificultad operacional para la aplicación integral de la estrategia (Alto La Sierra y Morillo).



- Supervisiones interprogramáticas de Nivel Central.

Debilidades:

- Carencia de base de datos nominales.
- Desarticulación en los efectores, entre Perinatología, Laboratorio, Epidemiología y APS.
- Capacitación específica en el manejo de los componentes de prevención y control.

Amenazas:

- Porcentaje significativo de embarazadas que carecen de estudio de la infección previo al parto.
- Casos congénitos no detectados.
- Porcentaje significativo de hijos de madres chagásicas sin recaptura hasta los 18 meses de vida.
- Casos vectoriales agudos no detectados, especialmente, en las áreas con resistencia triatomínea a piretroides.

b.- Componente Clínico.

Fortalezas:

- Alto porcentaje de identificación de la población objetivo (APS).
- Aceptable porcentaje de partos institucionales.
- Aceptable porcentaje de controles de embarazo.
- Red de laboratorios y capacidad instalada suficientes.
- Sangre controlada.
- Existencia de la Guía Nacional de diagnóstico y tratamiento.
- Tarjeta de tratamiento y seguimiento.

Oportunidades:

- Integración de la Residencia de Medicina General de Gral. Güemes.
- Integración de un cardiólogo especialista al equipo de Supervisión de Nivel Central.
- Obligatoriedad legal para la conformación de un consultorio infectológico para hemodonantes reactivos.
- La Enfermedad de Chagas en la agenda política.



Debilidades:

- Pruebas parasitológicas insuficientes en el grupo de recién nacidos (micro Strout).
- Criterio de negativización serológica en discusión.
- Dificultad en implementar tratamientos directamente observados.
- Búsqueda no sistematizada de niños hijos de madres chagásicas.
- Grupos GMAC todavía no conformados orgánicamente. Falta de referentes por AO.
- Dificultades para difundir las normas técnicas al ELS.

Amenazas:

- Dificultad para mejorar la recaptura de hijos de madres chagásicas hasta los 18 meses de vida.
- Población golondrina.
- Dificultad para implementar y sostener el componente IEC en comunidades aborígenes por parte de los AS y otros actores.
- Cambios frecuentes en los equipos locales de salud (profesionales).
- Cambios de gestión y pérdida de continuidad de las iniciativas.

c. Componente no vectorial.

Fortalezas:

- 60 laboratorios trabajando en red, con aceptable porcentaje de participación en controles externos de calidad.
- Factibilidad de implementación de PCR en Laboratorio de Tropicales de Orán.
- 100 % notifican al SIVILA (40 % como nodos SIVILA, 60 % a través del Programa de Vigilancia por Redes)
- Implementación de la Tarjeta de Seguimiento Anual del paciente en tratamiento.
- Articulación en Nivel Central.
- Articulación con Ministerio de Educación.
- Vigencia de la Circular EPI 34, de reembolso directo del 70% en insumos básicos de diagnóstico por laboratorio.
- Participación de Epidemiología en las Reuniones Nacionales de Redes de Laboratorio.
- Reafirmación de PCR como prueba diagnóstica confirmatoria precoz.



Oportunidades:

- Implementación del screening al ingreso escolar.
- Priorización del Componente No Vectorial, fortalecido por la Creación del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio.
- El Laboratorio de Enfermedades Tropicales de Orán como cabecera de control de calidad.
- Evaluaciones interlaboratoriales.
- Facilidades para reuniones sobre revisión de normas de diagnóstico, para consolidación de buenas prácticas en el laboratorio.

Debilidades:

- Envío irregular de los informes mensuales.
- Demora en la implementación de los controles rutinarios de calidad.
- Seguimiento con serología convencional de los niños tratados.
- Estudios de impacto en niños de 1 a 14 años.

Amenazas:

- Provisión discontinua de reactivos por parte del Programa Nacional.
- Demora en las compras provinciales sustitutivas.
- Pérdida de seguimiento de niños tratados.
- Creciente avidez de grupos externos de investigación (nacionales y extranjeros) interesados en desarrollar protocolos de investigación, con fines de lucro, utilizando los recursos estatales provinciales, intentando obviar la Ley Provincial de Bioética.

d.- Componente vectorial.

Fortalezas:

- Denominador de viviendas depurado.
- Estratificación del riesgo de reinfestación.
- Evaluación entomológica local trimestral, con controles de calidad externos aleatorizados.
- Capacitación continua de los operarios en evaluación y tratamiento de viviendas.
- Logística aceptablemente resuelta.
- Alto porcentaje de actividades financiadas con el presupuesto provincial.



- Consolidación de la vigilancia de resistencia a insecticidas.

Oportunidades:

- Experiencia en el uso de diversas herramientas informáticas para SIG.
- Sala de Situación de Salud con inclusión de la apertura para Chagas.
- Escuelas Centinela de Chagas en el Chaco Salteño.
- Contenidos curriculares de prevención y control con dictado obligatorio en escuelas de zonas con riesgo de transmisión vectorial.
- Trabajo colaborativo con INBIOLP (UNLP-CONICET) y con IPE (UNSA-CONICET) para el desarrollo de protocolos de investigación sobre nuevas alternativas de control.

Debilidades:

- Falencia y/o carencia de planificación local participativa.
- Dificultad para implementar la táctica de seguimiento é interceptación de itinerarios de transporte pasivo del vector.
- Dificultad para obtener sistemáticamente el Índice de Infección Natural, especialmente en AO con resistencia a insecticidas.
- Ausencia de acciones coordinadas con la contraparte de limítrofe de Bolivia, Formosa, Chaco y Santiago del Estero.

Amenazas:

- El fenómeno de resistencia extendido a la totalidad de los Departamentos de Bolivia y zonas limítrofes con la Pcia. de Chaco.
- Dispersión por narcotráfico.
- Indiferencia del PNCH por la iniciativa provincial en biocontrol.
- Decisión nacional de no proveer parque automotor.

e. Componente de Información, Educación y Comunicación Social.

Fortalezas:

- El Agente Sanitario como educador a domicilio.
- Articulación interministerial con Educación a través del Programa de Educación para la Salud.
- La Comunidad Educativa Rural como facilitadora de la transversalidad del mensaje.



- Líderes comunitarios, caciques, pastores y campesinos bien predispuestos a las actividades de prevención y control.
- Recursos financieros y materiales suficientes para desarrollar el componente.
- Medios de prensa locales, especialmente radios, en todas las localidades.

Oportunidades:

- Área de Prensa acompañando las iniciativas.
- Plan Quinquenal Provincial.
- Plan Federal de Salud.
- La Enfermedad de Chagas dentro de los Nueve Objetivos del Milenio.

Debilidades:

- Otras prioridades y urgencias en los servicios de salud.
- Material audiovisual no adaptado para comunidades aborígenes.
- Tema olvidado por los medios de comunicación dominantes y por los propios comunicadores (“Chagas no vende”).

Amenaza:

- Sostenibilidad (creatividad, motivación, innovación de mensajes) en el mediano y largo plazos.

f. Participación Social y Comunitaria.

Fortalezas:

- Estrategia de APS: el Agente Sanitario como articulador social y comunitario.
- Programa Sanitario Intercultural.
- Los maestros bilingües como articuladores con la Comunidad Educativa aborigen.

Oportunidades:

- La Enfermedad de Chagas nuevamente en la agenda gubernamental.
- El interés comunitario observado por la innovación introducida con la utilización del biocontrol.

Debilidades:

- Desacople del sistema de salud con los nuevos intereses, actitudes y prácticas (cambio cultural) de la actual generación.
- Consejo Asesor Sanitario sin constituir en las AO.



Amenazas:

- Conflictividad no resuelta con los efectores locales de salud.
- Dificultad para instrumentar un plan concreto para el mejoramiento de viviendas de riesgo, donde no está previsto (ó no es posible) implementar el Plan Federal de Solidaridad Habitacional.

g.- Factores confluientes.

Fortalezas:

- Recuperación de la capacidad operativa en control vectorial en las 17 Áreas Operativas con infestación triatomínea persistente, a partir de 2006.
- Nueva estructura programática organizada por componentes, dependiente de la Dir. Gral. de Epidemiología.
- Objetivos y actividades basados en un marco lógico de planificación, aprobado por instrumento legal.
- Incorporación al Presupuesto Provincial de la totalidad de las acciones contenidas en POA 2013. (Ver anexos).
- Experiencia consolidada en el manejo de las intervenciones en las AO de máxima criticidad, para sostenibilidad de vigilancia clínica y entomológica post intervención inicial.
- Vigilancia entomológica de calidad aceptable basada en la Estrategia de APS.
- Disponibilidad de Benznidazol.
- Implementación de fármaco vigilancia.
- Red de atención y complejidad.

Oportunidades:

- Consolidación del trabajo multidisciplinario en la planificación y supervisión de las acciones multiprogramáticas del Nivel Central (Epidemiología, DMIJ, APS, Bioquímica, Vigilancia por Redes, Enf. por Vectores, Residencia APS).
- Capacitación de Agentes Sanitarios.
- Mayor cobertura de sectores de APS.
- Oficialización de los contenidos curriculares para Escuela Centinelas de Chagas.
- Oficialización del día “Por una Argentina sin Chagas”.



- Demostrada efectividad en campo del hongo *Bauveria bassiana* en poblaciones resistentes a insecticidas.
- Principio precautorio de la Ley Provincial de Ambiente N° 7070.
- Proyecto de Ley Provincial de Chagas con media sanción legislativa.

Debilidades:

- La Enfermedad de Chagas asumida como “mal menor” por algunos integrantes de los Equipos Locales de Salud.
- Falta de conducta proactiva, espontánea, en la búsqueda y cuidado programado del infectado/enfermo chagásico joven y adulto, especialmente de las mujeres diagnosticadas durante el embarazo.
- Compromiso dispar de las Gerencias de las Áreas Operativas (AO) más críticas. Prevalece la “visión tubular” del problema (centrada en el control vectorial tradicional).
- La mayoría de las AO carecen de diagnóstico de situación local y, por ende, de planificación local estratégica en Chagas, en base a los componentes.
- Supervisión y evaluación técnicas desde Nivel Central, limitadas por la multiplicidad de tareas.
- Desarrollo insuficiente del componente de Información, Educación y Comunicación

Amenazas:

- Ejercicio profesional sin estímulos para la asunción de compromisos con la salud comunitaria.
- Capacidad de gestión local participativa limitada por la falta de conformación del Consejo Asesor Sanitario (“Mesa”).
- Los brotes de enfermedades emergentes y reemergentes sumando nuevas exigencias a los insuficientes Equipos de Salud.
- El fracaso del control vectorial en Bolivia, ocasionando reinfestación constante de viviendas limítrofes por transporte pasivo y expansión de la resistencia al interior del Depto. Rivadavia (Morillo, La Unión y R.B. Sud).
- La potencial domiciliación de especies silvestres de reemplazo (*T. sordida*, principalmente).



11. Derechos.

Los establecidos en la Constitución de la Provincia de Salta, Artículos 40,41 y 42 y en la Ley Nacional N°26.281 de Prevención y control de la Enfermedad de Chagas, más los contenidos en el proyecto de ley provincial, actualmente con media sanción legislativa.

12. Propuesta.

La estrategia y plan de acción para la prevención y control de la Enfermedad de Chagas 2013-2016 se enmarcan en el Plan Quinquenal de Salud 2011-2016, emanado del Gobierno de la Provincia de Salta. Se basan en una visión general de la Provincia de Salta, tanto desde la perspectiva sanitaria como de la organización social, aunque teniendo en cuenta las particularidades propias de cada Área Operativa, ya que existen diferencias significativas entre ellas, y aún dentro de ellas mismas. El documento recoge la experiencia alcanzada en los últimos 5 años, a partir de la suscripción del Convenio propuesto por el Plan Federal en 2008 y expresa el compromiso de factibilidad operacional de la propuesta alcanzado con los equipos locales de salud, compatibles con las posibilidades de participación social organizada de cada comunidad.

Los enfoques de género, etnicidad y diversidad cultural, así como los abordajes de Atención Primaria de la Salud, promoción de la salud, derechos humanos y protección social, son ejes transversales a todas las actividades pactadas.

Para apoyar esta estrategia y plan de acción, la Dirección General de Coordinación Epidemiológica continuará profundizando el trabajo de articulación con el Ministerio de Educación y los municipios, asignando prioridades y gestión de recursos.

Principios y valores:

- a) Acceso universal.
- b) Equidad.
- c) Solidaridad.
- d) Respeto de los derechos del infectado y enfermo chagásico.
- e) Participación social
- f) Utilización de las mejores pruebas científicas disponibles
- g) Protección de los grupos vulnerables
- h) Respeto por la historia y la cultura de las comunidades
- i) Atención integral de la Enfermedad de Chagas.



j) Responsabilidad y transparencia administrativa.

Visión:

La Dirección de Coordinación Epidemiológica integra el Equipo de Nivel Central del Ministerio de Salud Pública que encabeza los esfuerzos de colaboración para que las Áreas Operativas logren que toda la población de la provincia tenga acceso a los servicios preventivos y asistenciales de salud, como componente esencial del bienestar de las familias y comunidades.

Propósito:

Fortalecer la respuesta integrada del sector de la salud, mediante la ejecución de acciones programadas y específicas de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la Enfermedad de Chagas.

12.1. Áreas estratégicas.

12.1.1 Área Legislación.

Se participó en la formulación de la legislación provincial para la adhesión a los lineamientos de la Ley Nacional N° 26.281 de prevención y control de todas las formas de transmisión de la Enfermedad de Chagas.

El proyecto provincial, de carácter complementario, que ya cuenta con media sanción legislativa, obliga a:

Realizar estudios serológicos normatizados a toda mujer embarazada, independientemente de la propiedad del efector, como así también a los alumnos que ingresen a los niveles educativos primario, secundario, terciario y universitario, tanto de establecimientos públicos como privados.

Al estudio parasitológico a todo recién nacido hijo de madre chagásica, independientemente de la propiedad del efector.

Al estudio clínico obligatorio de las mujeres con infección chagásica detectada durante el embarazo, para determinar su aceptabilidad para ingresar al tratamiento con benznidazol y para su seguimiento evolutivo, independientemente de la propiedad del efector y sin costo económico directo para la paciente.

A la derivación a control infectológico a todo hemodonante reactor a las pruebas de screening en bancos de sangre.



Al dictado obligatorio de los contenidos curriculares sobre prevención y control de la Enfermedad de Chagas, en los establecimientos educativos públicos y privados, de nivel primario y secundario.

A considerar los alcances de la Ley Provincial de Ambiente N°7070, y sus reglamentaciones, especialmente en lo que atañe a la aplicación del Principio Precautorio sobre insecticidas que se utilicen contra el insecto vector de la Enfermedad de Chagas.

Indicadores.

Porcentaje de establecimientos públicos y privados que recibieron y notificaron el texto de la ley provincial.

Porcentaje de establecimientos públicos y privados que recibieron y aplican la Guía para la atención al paciente infectado con *Trypanosoma cruzi*.

Objetivo 1

1.1. Difundir de la legislación vigente y las normas técnicas y directrices emanadas de la misma.

Actividades.

1.1.1. Colaboración en la reglamentación de la futura ley provincial.

1.1.2. Coordinación operativa con efectores públicos y privados para garantizar la aplicación normatizada de los preceptos legislados.

1.1.3. Propagación comunitaria.

Objetivo 1.2

1.2.1. Capacitar a los integrantes de los equipos de salud, dirigentes políticos, líderes sociales y a la propia comunidad, sobre los derechos y obligaciones devengados de la legislación vigente.

Actividades.

1.2.2. Organización de eventos de nivelación de conocimientos, de carácter local, zonal y provincial, con participación intersectorial en Salud, referidos a la ejecución normatizada de los componentes programáticos de prevención y control de la Enfermedad de Chagas.

1.2.3. Organización de mesas locales comunitarias e intersectoriales, para acceso al conocimiento sobre los derechos y obligaciones individuales y comunitarias referidas a la promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la Enfermedad de Chagas.



Objetivo 1.3

1.3.1. Disponer de los recursos financieros para la ejecución de las actividades programáticas de atención integral de la Enfermedad de Chagas.

Actividades.

1.3.2. Revisar los costos y el financiamiento del plan y de los servicios correspondientes, así como la estructura del gasto, definiendo metas de corto, mediano y largo plazos.

1.3.3. Revisar el estado financiero real de los aportes que corresponden a la coparticipación federal de impuestos, referidos a las obligaciones financieras nacionales respecto a la asistencia para la prevención y control de la Enfermedad de Chagas en la Provincia de Salta.

1.3.4. Confección y elevación del presupuesto programático anual del plan, discriminado por componente y actividad.

12.1.1. Área Red de servicios.

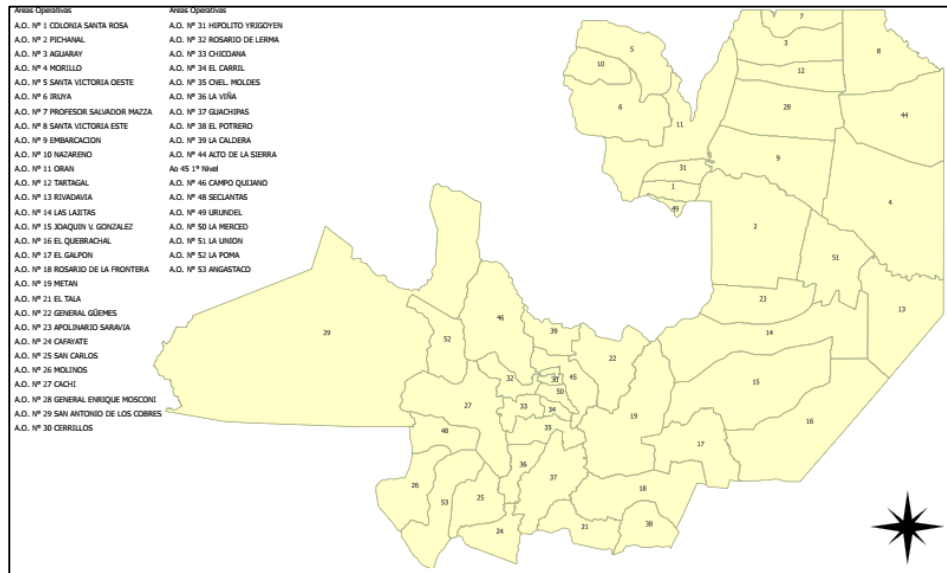
Oferta de servicios para la Atención de la Enfermedad de Chagas.

La red de servicios públicos de salud se encuentra organizada según criterio de complejidad creciente, regionalizados por Zona Sanitaria.

Area Operativa.

Es la unidad técnica y administrativa para la programación, ejecución y evaluación de las actividades de prevención, protección, control y rehabilitación de enfermedades. Es conducida por un Gerente General y Gerentes de Atención de las Personas, Sanitario y Administrativo, respectivamente.

Cada Area Operativa dispone de un servicio de salud cabecera y servicios dependientes del primer nivel - Centros de Salud, Puestos Sanitarios y Puestos Fijos de Atención y ejecuta un Programa de Extensión de Cobertura Sectorizada, con Agentes Sanitarios responsables de cada sector, que mediante visita domiciliaria trimestral, nominalizan la población a cargo y realizan actividades normatizadas de promoción y protección de la salud y control de enfermedades prevalentes.



Los Niveles de Atención definidos son los siguientes:

Nivel I. Son servicios de atención ambulatoria únicamente, ubicados en el periurbano de las grandes ciudades y áreas rurales. Se diferencian en:

- Centros de Salud. Tienen atención de profesionales que residen en la localidad, (Medicina General, Pediatría, Tocoginecología, Odontología, Nutrición y en algunos casos laboratorio de rutina). En número de 118 se encuentran dispersos en todo el territorio provincial, 60 de ellos en la ciudad Capital
- Puestos Sanitarios. Son atendidos por personal de enfermería que reside en la localidad y disponen de atención médica periódica y programada. Funcionan 216 de estos servicios en toda la Provincia
- Puestos Fijos. Funcionan en escuelas, centros vecinales o casas de familias del ámbito rural. El equipo de salud (médicos, enfermeras, agentes sanitarios) se traslada en forma periódica para atender poblaciones de difícil acceso ubicadas en 79 parajes provinciales.

ZONA	CENTROS DE SALUD	PUESTOS SANITARIOS	PUESTOS FIJOS	TOTAL
NORTE	18	100	63	196
CENTRO	58	2	-	65
OESTE	10	78	39	148
SUR	25	45	9	89
TOTALES	111	225	111	498



Nivel II. Lo conforman 32 hospitales, todos ellos cabecera de Área Operativa. A la atención ambulatoria en consultorios externos y emergencia, se le suma atención en internación no diferenciada. Disponen de laboratorio y radiología de rutina.

ZONA SANITARIA NORTE	ZONA SANITARIA SUR	ZONA SANITARIA OESTE
Colonia Santa Rosa	Quebrachal	Santa Victoria Oeste
Urundel	Las Lajitas	Iruya
Pichanal	El Galpón	Nazareno
Aguaray	El Tala	San Carlos
Morillo	Apolinario Saravia	Angastaco
Rivadavia	El Potrero	Molinos
La Unión		Seclantás
H. Yrigoyen		Cerrillos
Gral. Mosconi		Campo Quijano
Santa Victoria Este		Chicoana
Prof. Salvador Mazza		Cnel. Moldes
Los Toldos		La Merced
		Guachipas
		La Viña

Nivel III. Está constituido por 8 hospitales cabeceras de Áreas Operativas, que sirven de referencia a otras áreas vecinas, que disponen de atención ambulatoria y de internación diferenciada en las cuatro clínicas básicas más algunas especialidades críticas. Tienen servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento de mediana complejidad. Están ubicados en el en las ciudades de Metán, Rosario de la Frontera y Joaquín V. González, Embarcación Tartagal, Cerrillos, Rosario de Lerma, El Carril, Cafayate, Cachi y San Antonio de los Cobres.

ZONA SANITARIA NORTE	ZONA SANITARIA SUR	ZONA SANITARIA OESTE
Embarcación	J.V. González Rosario de la Frontera Metán	Cafayate Cachi Rº de Lerma El Carril



Nivel IV. Son hospitales de máxima complejidad, de referencia zonal y provincial y, eventualmente internacional. Este Nivel está integrado por los hospitales de General Güemes, Tartagal y Orán y por el Complejo Hospitalario de la Capital.

ESTABLECIMIENTO	PERFIL	Nº CAMAS
Hospital San Bernardo	General de Agudos	419
Hospital Público Materno Infantil	Materno Neonatal Infantil	373
Hospital del Milagro	General de Infecciosas y Geriátrico	120
Hospital Dr. Arturo Oñativia	Endocrinología y Metabolismo	40
Hospital Dr. Miguel Ragone	Neuropsiquiátrico	262

Como apoyatura de este complejo, funciona el centro de imagenología Tomografía Computada Sociedad del Estado.

Establecimientos asistenciales

Departamento	Area Operativa	1	2	3	4	5	6
Anta	Las Lajitas	14	6	1	5	1	5
	J. V. González	53	9	3	6	1	5
	El Quebrachal	19	9	2	7	1	7
	A. Saravia	24	7	1	6	1	6
Cachi	Cachi	39	24	1	23	1	23
Cafayate	Cafayate	39	11	1	10	1	8
Capital	H. San Bernardo	407	195	23	172	5	58
	H. del Milagro	129					
	H. Miguel Ragone	170					
	H. Oñativia	45					
	Primer Nivel						
	H. Público Materno Infantil	337					
Cerrillos	Hospital Papa Francisco						
	Cerrillos	22	6	1	5	1	4
	La Merced	17	7	1	6	1	6



Departamento	Área Operativa	1	2	3	4	5	6
Chicoana	Chicoana	21	13	1	12	1	12
	El Carril	22	4	1	3	1	3
General San Martín	Aguaray	34	13	1	12	1	12
	S. Mazza	26	14	1	13	1	12
	Embarcación	47	13	4	9	3	7
	Tartagal	157	19	3	16	1	14
	G.Mosconi	16	11	1	10	1	9
General Güemes	G. Güemes	159	18	2	16	1	14
Guachipas	Guachipas	7	8	1	7	1	7
Iruya	Iruya	13	22	1	21	1	21
La Caldera	La Caldera	9	3	1	3	1	3
La Candelaria	El Tala	12	1	1	3	1	3
La Poma	La Poma	4	3	1	2	1	2
La Viña	C. Moldes	14	5	1	4	1	4
	La Viña	9	6	1	5	1	5
Los Andes	S.A. de los Cobres	20	11	3	8	3	8
Metán	El Galpón	20	9	1	8	1	11
	Metán	62	10	3	7	1	5
Molinos	Molinos	8	7	1	6	1	6
	Seclantás	9	7	1	6	1	6
Orán	C. Sta.Rosa	32	13	1	12	1	12
	Pichanal	36	13	1	12	1	12
	Orán	203	47	7	40	4	37
	H. Irigoyen	7	2	1	1	1	1
	Urundel	15	2	1	1	1	1
Rivadavia	Morillo	23	11	2	9	2	9
	Sta. Vict. Este	22	8	2	6	2	6
	Riv. Bda. Sur	18	3	1	2	1	2
	Alto de la Sierra	9	13	1	12	1	12
	La Unión	9	3	1	2	1	2
Rosario de la Frontera	R. de la Frontera	55	14	2	12	1	10
	El Potrero	6	1	1	6	1	6
Rosario de Lerma	R. de Lerma	27	8	1	7	1	7
	C. Quijano	14	14	1	13	1	13
San Carlos	San Carlos	9	8	1	7	1	7
	Angastaco	8	6	1	5	1	5
Santa Victoria	Sta. Vict. Oeste	17	15	1	14	1	14
	Nazareno	12	15	1	14	1	14

1. Número de camas disponibles en establecimientos asistenciales en el sistema oficial (*)
2. Número total de establecimientos asistenciales. Todos los subsectores. *
3. Número de establecimientos asistenciales con internación. Todos los subsectores. *
4. Número de establecimientos asistenciales sin internación. Todos los subsectores. *
5. Número de establecimientos asistenciales del subsector oficial con internación. *
6. Número de establecimientos asistenciales del subsector oficial sin internación. *

Fuente: Programa de Infraestructura. MSP de la Provincia - () Anuario Estadístico 2009/10- MSP- Salta.

Indicadores.

- Porcentaje de establecimientos públicos con internación (Nivel II, III y IV) con Grupo Multidisciplinario para la Atención del Infectado Chagásico (GMAC) constituido.
- Porcentaje de Centros de Salud (Nivel I) atendidos por personal capacitado en la búsqueda activa y atención médica primaria del paciente infectado chagásico.
- Porcentaje de embarazadas detectadas bajo atención médica integral.



— Porcentaje de embarazadas infectadas notificadas por SIVILA.

Porcentaje de infección Chagásica Connatal notificada por SIVILA.

— Proporción de embarazadas infectadas.

— Proporción de RN hijos de madres chagásicas estudiados por métodos parasitológicos. Proporción de hijos de madres chagásicas estudiados por métodos parasitológicos o serológicos hasta el año de vida.

— Porcentaje de infección Chagásica Connatal.

— Porcentaje de niños infectados detectados por tamizaje poblacional.

— Porcentaje de tratamientos etiológicos completados discriminados por grupo de edad.

— Mediana de días transcurridos entre el inicio de tratamiento y la confirmación diagnóstica.

— Porcentajes de casos agudos investigados con sospecha de transmisión vectorial.

— Porcentaje de hemodonantes infectados detectados por tamizaje.

— Porcentaje de hemodonantes infectados derivados a los grupos GMAC.

Objetivo 2.

2.1. Conformar los GMAC en los establecimientos públicos con internación, asegurando la atención integral de las personas infectadas con T. cruzi.

Actividades.

2.1.1. Promover la designación de los integrantes del GMAC de cada establecimiento, constituido por representantes de Atención Primaria de la Salud, Enfermería, Nutrición, Epidemiología, Tocoginecología, Pediatría, Clínica Médica y Laboratorio (según complejidad).

2.1.2. Promover la organización de la extensión de cobertura de las acciones programáticas al primer nivel de atención.

Área Vigilancia y control vectorial.

Desde la implementación del Programa de Atención Primaria de la Salud en 1978, se



vienen realizando actividades de prevención de la transmisión vectorial y no vectorial de la Enfermedad de Chagas; en 1981, la infestación provincial relevada por el entonces Programa de Salud Rural (desde 1984, Programa de Atención Primaria de la Salud), fue del 82%; tres años más tarde, esta se había reducido al 5%. Una de las claves de aquel logro, además de la fase de ataque químico organizada por el Programa Provincial de Chagas con descentralización operativa, radicó en la vigilancia entomológica post rociado, que proporcionó certeza y oportunidad a las intervenciones locales subsiguientes. Simultáneamente, la educación familiar casa por casa, hecha por agentes sanitarios, con la finalidad evitar ó posponer el ciclo de reinfestación habitacional a partir del peridomicilio, consiguió el gradual alejamiento de corrales y gallineros. Simultáneamente, se lograron avances en el auto mejoramiento de revoques y ordenamiento de enseres, ropa, etc., especialmente con la población criolla. Esta actividad tuvo sus altibajos, con un máximo deterioro entre 1996 y 2007.

En los últimos años, el Instituto Provincial de la Vivienda es el responsable de la ejecución del Plan Federal de Solidaridad Habitacional para Aborígenes, mediante el cual se reemplazaron 485 viviendas en 4 años, estando en construcción 260 más.

Indicadores.

- Porcentaje de localidades con vigilancia instalada.
- N° viviendas en área endémica con vigilancia instalada.
- N° de unidades de notificación productiva.
- Porcentaje de viviendas evaluadas.
- Índice de Infestación Triatomínea.
- Índice de colonización.
- Densidad triatomínea (*T. infestans*).
- Índice de Dispersión.
- Período de Latencia de Reinfestación.
- Índice de Densidad
- Porcentaje de infestación natural.



Objetivo 3.

3.1. Consolidar el trabajo de los equipos locales de control vectorial, con eje en el Programa de Atención Primaria de la Salud (APS), articulado con las Escuelas Centinelas de Chagas.

Actividades.

3.1.1. Mejorar los atributos de sensibilidad, especificidad y valor predictivo de la Vigilancia Entomológica en las 20 Áreas Operativas con presencia documentada de *T. infestans*.

3.1.2. Consolidar la capacitación en Vigilancia Entomológica del personal de APS, en las AO con riesgo de reintroducción.

3.1.3. Evaluar anualmente, por aleatorización, la calidad de la vigilancia entomológica en las viviendas bajo programa.

3.1.4. Generalizar el método de biocontrol vectorial de *T. infestans* en la totalidad de las viviendas infestadas, independiente de su condición de resistentes ó sensibles a insecticidas químicos.

12.1.2. Área Información, educación y comunicación.

La Enfermedad de Chagas es una de las patologías donde la relación entre el beneficio de la prevención frente al costo del tratamiento de la enfermedad crónica, es mayor. Por otra parte, la infección por *T. cruzi* es causa de discriminación laboral, implica ingentes gastos estatales en subsidios por incapacidad, profundiza la exclusión social y la discriminación de género, etc. Un estudio de la Organización Panamericana de la Salud demuestra que, en países endémicos es la cuarta enfermedad en años de vida perdidos (luego de las enfermedades respiratorias, diarreas y HIV).

Si bien la Estrategia de APS implementada en 1978 en la provincia, donde el Agente Sanitario de sectores rurales de riesgo para la transmisión vectorial, vino desempeñando un rol decisivo en el desarrollo y consolidación de este componente, las transformaciones sociales, especialmente la inmigración desde Bolivia, más las migraciones internas provinciales hacia los pueblos y ciudades, provocaron que, en la actualidad, el mayor número de individuos infectados se encuentren en poblaciones nucleadas.

Coexisten pues, realidades que requieren abordajes informativos, educativos y comunicacionales de matices diferentes: población rural dispersa, compuesta tanto por etnias originarias como criolla y mestiza, expuesta aún al riesgo de transmisión vectorial;



población urbana y periurbana de pequeñas localidades de igual extracción social, con muy bajo riesgo de transmisión por *T. infestans*; y poblaciones con neto perfil urbano, donde predomina ampliamente el riesgo de transmisión vertical.

Indicadores.

- Porcentaje de Áreas Operativas que planificaron y ejecutaron las actividades para la conmemoración del “*Día Nacional por una Argentina sin Chagas*”
- Número de informes técnicos elevados.
- Porcentaje de escuelas ubicadas en áreas de riesgo para transmisión vectorial que fueron declaradas “Escuela Centinela de Chagas” mediante instrumento legal.
- Número de personas de la comunidad participantes en reuniones informativas sobre autoconstrucción y mejoramiento de viviendas.
- Porcentaje de escuelas primarias y secundarias, públicas y privadas, que dictan los contenidos curriculares obligatorios sobre promoción y prevención.

Objetivo 4.

4.1. Reforzar acciones tendientes a sostener la visibilización de la Enfermedad de Chagas como un tema permanente de la agenda política.

Actividades.

4.1.1. Despliegue de propaganda audiovisual sistemática (afiches, trípticos, cuentos, historietas, reportajes, spots, etc.) preparatorias para la conmemoración del “*Día Nacional por una Argentina sin Chagas*”, el último viernes del mes de agosto de cada año.

4.1.2. Elevar un informe técnico anual a las autoridades ejecutivas y a ambas cámaras legislativas, referente a los avances logrados en relación a la aplicación de la futura Ley Provincial de Chagas.

4.2. Desarrollar el componente IEC según criterios de riesgo en función de realidad epidemiológica y social de cada comunidad.

Actividades.

4.2.1. Colaboración para la implementación de las “Escuelas Centinela de Chagas” ubicadas en áreas de riesgo para transmisión vectorial.

4.2.2. Formación de líderes campesinos en la autoconstrucción viviendas saludables y en mejoramiento.



4.2.3. Capacitación en los contenidos curriculares sobre promoción y prevención para docentes de escuelas primarias y secundarias.

12.1.4 Área Fortalecimiento.

Indicadores.

- Porcentaje de AO que disponen de plan anual de promoción y prevención para el control de la Enfermedad de Chagas, según componente.
- Porcentaje de las 17 AO de mayor riesgo que poseen conformado el Grupo de Monitoreo Comunitario (GMOC) para análisis y seguimiento del plan operativo anual local (POAL).

Objetivo 5.

5.1. Impulsar la capacitación en planificación local participativa para la ejecución de los componentes programáticos adecuados a la realidad epidemiológica de cada AO.

Actividades.

5.1.1. Convocar a talleres locales de capacitación para la elaboración del plan anual de promoción y prevención para el control de la Enfermedad de Chagas, con participación de directivos escolares, autoridades municipales, pastores de iglesias y líderes campesinos y/o barriales.

5.1.2. Conformación del GMOC para análisis y seguimiento del POAL en las AO de mayor riesgo de transmisión vectorial.

13. Monitoreo, análisis y evaluación.

Este plan de acción contribuye al logro los objetivos sanitarios del Plan Quinquenal de Salud del Gobierno de la Provincia y se encuadra en los Objetivos del Milenio, comprometidos por el país.

Los resultados previstos a nivel provincial a los que contribuye este Plan se detallan en los anexos.

El seguimiento y la evaluación de este Plan responden al marco normativo vigente, basado en resultados, así como en sus procesos de seguimiento y evaluación de desempeño. En este sentido, se emitirán informes técnicos escritos semestrales informando sobre su progreso, dificultades y medidas correctivas dispuestas en cada caso.

Las fuentes para la obtención de información para monitoreo están basadas en: a) Red Provincial de Laboratorios; b) Dirección Materno Infanto Juvenil; c) Informe General de



Ronda del Programa de Atención Primaria de la Salud; d) Informes de los GMOC; e) Informes de las Escuelas Centinelas de Chagas; f) Formularios de Evaluación Entomológica; e) Fármaco vigilancia; f) Investigación operativa.

14. Bibliografía.

- 1.- Basombrío MA, Schofield C, Rojas CL, del Rey EC. A cost-benefit analysis of Chagas disease control in north western Argentina. *Trans Roy Soc Trop Med Hyg* 1998; 92: 137.
- 2.- Blaksley JL, Carcavallo R. *La Enfermedad de Chagas-Mazza en la Argentina: estudios entomoepidemiológicos v clínicos* – Ministerio de Bienestar Social de la Nación – 1978.
- 3.- Barrios S., Vassena C. V., González Audino P., Picollo, M. I. y Zerba E. N. *Characterization of Deltamethrin Resistance in Triatoma infestans from the Province of Salta*. CIPEIN 2002.
- 4.- Gentile AG, Sartini JL, Campo MC, Sánchez JF. *La aerotermia como alternativa para el control de Triatoma infestans (Hemiptera, Reduviidae) resistentes a deltametrina*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4):1014-1019, jul-ago, 2004.
- 5.- Gentile AG, Sartini JL, Campo MC, Sánchez JF *La Aerotermia Dinámica como Alternativa de Control para la Infestación Intradomiciliaria por Triatoma Infestans Resistentes a Deltametrina*. III Simposio Internacional de de Epidemiología. II Encuentro Nacional de Epidemiólogos de Campo (2007).
- 6.- Gentile AG, Sartini JL, Campo MC, Sánchez JF *.Eficacia del Fipronil en el control del ciclo peridomiciliario de Triatoma infestans en un área con resistencia a la Deltametrina*. *Cad. Saúde Pública* vol.20 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2004.
- 7.- Pedrini N, Mijailovsky SJ, Girotti JR, Stariolo R, Cardozo RM, Gentile AG, Juárez MP. *Control of Pyrethroid-Resistant Chagas Disease Vectors with Entomopathogenic Fungi*. *Plos Neglec. Trop. Dis.* 3 (5): e434.
- 8.- Cardozo RM, Panzera F, Gentile AG, Segura MA, Pérez R, Díaz RA, Basombrío MA *Inheritance of resistance to pyrethroids in Triatoma infestans, the main Chagas disease vector in South America*. *Infect Genet Evol.* 2010 Dec;10(8):1174-8. doi: 10.1016/j.meegid.2010.07.017. Epub 2010 Jul 30
- 9.- Segura EL, Pérez AC, Yanovsky JF, Andrada J, Wynne de Marini GJ. *Decrease in the prevalence of infection with Trypanosoma cruzi in young men of Argentina*. *BUI I PAHO* 1985; 19: 25



10.- Programa Provincial de Chagas – *Resultados de la encuesta de seroprevalencia Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta. 4ª Evaluación Internacional del Programa de Control de la Enfermedad de Chagas en Argentina- Salta y Buenos Aires- OMS/OPS/HCP/HCT/191/01 - 2001*

Med. Alberto Gentile
Coordinador Epidemiológico
Ministerio de Salud Pública - Salta



ANEXOS

MARCO LÓGICO 2.014/2017

PROPÓSITO:

Fortalecer la respuesta integrada del sector de la salud, mediante la ejecución de acciones programadas y específicas de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la Enfermedad de Chagas.

Área Legislación (supeditado a promulgación de la ley provincial).

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	ESTRATEGIAS	META	INDICADOR	SUPERVISIÓN-EVALUACIÓN-MONITOREO
Difundir la legislación vigente y las normas técnicas y directrices emanadas de la misma.	<ul style="list-style-type: none"> Participación en la reglamentación de Ley Provincial de Chagas. Coordinación operativa con efectores públicos y privados para garantizar la aplicación normatizada de los preceptos legislados. Propagación comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Ley provincial reglamentada. Áreas Operativas Ley difundida 	<ul style="list-style-type: none"> Reuniones de trabajo multidisciplinarias. Talleres participativos. Medios locales de comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> 6 Reuniones 6 Talleres 100 % de las Áreas Operativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Decretos reglamentarios. Porcentaje de establecimientos públicos y privados que recibieron y notificaron el texto de la ley provincial. Porcentaje de Medios de Comunicación local que participaron/Áreas Operativas. 	<p>Sub Secretaría de Medicina Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dirección de Atención Primaria de la Salud. Dirección d Salud Materno Infanto Juvenil. Programa de Educación para la Salud. <p>Dirección General de Coordinación Epidemiológica</p> <p>Programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia por Redes de Laboratorio. Enfermedades por Vectores y Otros Reservorios.
Capacitar a los integrantes de los equipos de salud, dirigentes políticos, líderes sociales y a la propia comunidad, sobre los derechos y obligaciones devengados de la legislación vigente.	<ul style="list-style-type: none"> Organización de mesas locales comunitarias e intersectoriales para el abordaje integral de la Enfermedad de Chagas. 	<ul style="list-style-type: none"> Áreas Operativas organizadas 	<ul style="list-style-type: none"> Talleres participativos. 	<ul style="list-style-type: none"> 6 Talleres Formación de 54 Mesas locales comunitarias e intersectoriales. 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de Áreas Operativas que participaron de los Talleres Participativos. N° de Mesas locales comunitarias e intersectoriales formadas por Área Operativa/localidad. 	<p>Dirección General de Coordinación Epidemiológica</p> <p>Programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia por Redes de Laboratorio. Enfermedades por Vectores y Otros Reservorios.



Área Red de servicios.

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	ESTRATEGIAS	META	INDICADOR	SUPERVISIÓN-EVALUACIÓN-MONITOREO
<p>Garantizar las actividades programáticas básicas de vigilancia epidemiológica y control de la Enfermedad de Chagas.</p> <p>Conformar Grupos Multidisciplinarios para la Atención del Infectado Chagásico (GMAC) en los establecimientos cabecera de la red pública, asegurando la atención integral de las personas en riesgo ó infectadas con <i>T. cruzi</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vigilancia perinatal. Tamizaje en niños hasta los 19 años. Tratamiento del enfermo chagásico. Promover la designación de los integrantes del GMAC de cada establecimiento, constituido por representantes de Atención Primaria de la Salud, Enfermería, Nutrición, Epidemiología, Tocoginecología, Pediatría, Clínica Médica y Laboratorio (según complejidad). Promover la organización de la extensión de cobertura de las acciones programáticas al primer nivel de atención de cada AO. Asegurar la notificación de los eventos contemplados en SIVILA 	<ul style="list-style-type: none"> Embarazadas y RN controlados. Educandos testeados. Pacientes tratados. GMAC conformados. Primer nivel organizado. Nodos SIVILA constituidos 	<ul style="list-style-type: none"> Norma Nacional de Atención Integral de la Enfermedad de Chagas. Talleres locales. Idem. Laboratorio local. 	<ul style="list-style-type: none"> 65 AO en 2014. 65 AO hasta 2017. Idem. 20 nodos hasta 2017. 	<ul style="list-style-type: none"> Talleres realizados. % GMAC constituidos. % Centros de Salud (Nivel I) incorporados. % embarazadas infectadas notificadas por SIVILA. % embarazadas detectadas bajo atención médica integral. Proporción de RN hijos de madres chagásicas estudiados por métodos parasitológicos. Proporción de hijos de madres chagásicas estudiados por métodos parasitológicos o serológicos hasta el año de vida. % infección Chagásica Connatal notificada por SIVILA. % niños 1 a 19 años estudiados por tamizaje poblacional. % tratamientos etiológicos terminados discriminados por grupo de edad. Mediana de días transcurridos entre confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento. % casos agudos investigados con sospecha de transmisión vectorial. % hemodonantes infectados detectados por tamizaje. % hemodonantes infectados derivados a los grupos GMAC. 	<p>Idem anterior.</p> <p>Sub Secretaría de Gestión de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> Direcciones de Zona.
<p>Disponer de los recursos financieros para la ejecución de las actividades programáticas para la atención integral de la Enfermedad de Chagas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Revisar los costos y el financiamiento del plan y de los servicios correspondientes, así como la estructura del gasto, definiendo metas de corto, mediano y largo plazos. Confección y elevación del presupuesto programático anual del plan, discriminado por componente y actividad 	<ul style="list-style-type: none"> AO financiadas según el presente plan. Presupuesto elevado oportunamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Programación presupuestaria desagregada por AO. 	<ul style="list-style-type: none"> 65 AO hasta 2017. 	<ul style="list-style-type: none"> % ejecución presupuestaria anual. 	



Área Vigilancia y Control vectorial.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	ESTRATEGIAS	META	INDICADOR	SUPERVISIÓN-EVALUACIÓN-MONITOREO
Consolidar el trabajo de los equipos locales de control vectorial, con eje en el Programa de Atención Primaria de la Salud (APS), articulado con las Escuelas Centinelas de Chagas.	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar los atributos de sensibilidad, especificidad y valor predictivo de la Vigilancia Entomológica en las 20 Áreas Operativas con presencia documentada de <i>T. infestans</i>. Consolidar la capacitación en Vigilancia Entomológica del personal de APS, en las AO con riesgo de reintroducción. Evaluar anualmente, por aleatorización, la calidad de la vigilancia entomológica en las viviendas bajo programa. Generalizar el método de biocontrol y manejo integral de <i>T. infestans</i> en la totalidad de las viviendas infestadas, independiente de su condición de resistentes ó sensibles a insecticidas químicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Atributos mejorados. Agentes Sanitarios capacitados. AO de RTV evaluadas estadísticamente. Viviendas infestadas biocontroladas. 	<ul style="list-style-type: none"> Encuentros multidisciplinarios con participación comunitaria y docentes. Supervisión capacitante en terreno. Evaluaciones de calidad. APS. 	<ul style="list-style-type: none"> 10.400 viviendas hasta 2017. 20 AO con notificación productiva hasta 2017. 10.400 viviendas evaluadas cada tres meses. 7 AO con RTV en 2014. 20 AO hasta 2017. 100% evaluadas positivas. 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de localidades con vigilancia instalada. Nº Viv. en área endémica con vigilancia instalada. Nº de unidades de notificación productiva. Porcentaje de viviendas evaluadas. Índice de Infestación Triatomínea. Índice de colonización. Densidad triatomínea (<i>T. infestans</i>). Índice de Dispersión. Período de Latencia de Reinfestación. Índice de Densidad. Porcentaje de infestación natural. 	<p>Dirección General de Coordinación Epidemiológica</p> <ul style="list-style-type: none"> Programa de Enfermedades por Vectores y Otros Reservorios.



Área Información, educación y comunicación

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	ESTRATEGIAS	META	INDICADOR	SUPERVISIÓN-EVALUACIÓN-MONITOREO
Reforzar acciones tendientes a sostener la visibilización de la Enfermedad de Chagas como un tema permanente de la agenda política.	<ul style="list-style-type: none"> Despliegue de propaganda audiovisual sistemática (afiches, trípticos, cuentos, historietas, reportajes, spots, etc.) preparatorias para la conmemoración del “<i>Día Nacional por una Argentina sin Chagas</i>”, el último viernes del mes de agosto de cada año. Comunicación de avances anuales sobre implementación de la Ley Provincial de Chagas a la Comisión de Salud de las Cámaras de Diputados y Senadores. 	<ul style="list-style-type: none"> Material difundido. Informes legislativos entregados 	<ul style="list-style-type: none"> Encuentros multidisciplinares con participación comunitaria. Nota Técnica. 	<ul style="list-style-type: none"> 65 AO en 2014. Anual (supeditada a promulgación). 	<ul style="list-style-type: none"> % de AO que organizan el “<i>Día Nacional por una Argentina sin Chagas</i>”. Nota Técnica recibida. 	<p>Sub Secretaría de Medicina Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> Programa de Educación para la Salud. <p>Secretaría de Planeamiento Educativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Programa de Proyectos Especiales
Desarrollar el componente IEC según criterios de riesgo en función de realidad epidemiológica y social de cada comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia técnica para la implementación de las “Escuelas Centinela de Chagas”. Capacitación en los contenidos curriculares sobre promoción y prevención para docentes de escuelas primarias y secundarias. Capacitación y asistencia para el mejoramiento de viviendas. 	<ul style="list-style-type: none"> ECCh constituidas. Docentes capacitados. Personas capacitadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Talleres locales. idem. Idem 	<ul style="list-style-type: none"> 16 escuelas 2014. 32 escuelas hasta 2017. Idem. 7 AO con RTV 2014. 20 AO hasta 2017. 	<ul style="list-style-type: none"> Talleres realizados. % “Escuela Centinela de Chagas” oficialmente constituidas. % docentes participantes. %. Viv. propicias para albergar vinchucas, incorporadas a las mejoras. 	



Área Fortalecimiento

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	ESTRATEGIAS	META	INDICADOR	SUPERVISIÓN-EVALUACIÓN-MONITOREO
Impulsar la capacitación en planificación local participativa para la ejecución de los componentes programáticos adecuados a la realidad epidemiológica de cada AO.	<ul style="list-style-type: none"> • Convocar a talleres locales de capacitación para la elaboración del plan anual de promoción y prevención para el control de la Enfermedad de Chagas, con participación de directivos escolares, autoridades municipales, pastores de iglesias y líderes campesinos y/o barriales. • Conformación del GMOC (Grupo de Monitoreo Comunitario) para análisis y seguimiento del POAL (Plan Operativo Anual Local) en las AO de mayor riesgo de transmisión vectorial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas Operativas en riesgo de transmisión vectorial de la Provincia de Salta con POAL, GMOC y Escuelas Centinelas. • Áreas Operativas en riesgo de transmisión vectorial de la Provincia de Salta con POAL, GMOC y Escuelas Centinelas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres participativos. • Formación de GMOC con POAL. 	<ul style="list-style-type: none"> • Totalidad de ÁO en RTV en 2017. 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de AO con planificación local según componente. • Porcentaje de las 20 AO de mayor riesgo que poseen conformado el GMOC. 	<p>Sub Sec de Med Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direc. APS. • Programa EDSA. <p>Direc. Gral. de Coord. Epidem.</p> <p>Programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia Epidemiológica. • Vig. Redes de Laboratorio. • EVOR <p>Sec. Plan. Educativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proyectos Especiales



PLAN OPERATIVO ANUAL 2014

Área Legislación

Objetivo 1: Difundir la legislación vigente y las normas técnicas y directrices emanadas de la misma.

Actividad	Denominación	Localización	Participantes	Responsables
Participación en la reglamentación de la Ley provincial	Elaboración instrumentos legales.	Nivel Central M.S.P.	Nivel Central Representantes GMAC y GMOG	DGCOEPI Referentes de AO.
Coordinación operativa para implementación.	Comunicación	Establecimientos de Salud Públicos y Privados. Colegios de Ley y Asociaciones de Salud.	Efectores Públicos y Privados.	Sub Sec. Gestión de Salud. DGCOEPI
Propagación comunitaria	Difusión	Prensa y Difusión del M.S.P.	Medios de Comunicación.	Sec. Prensa Gobernación.

Cronograma 2014

Actividad	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1, 2, 3	Sujeta a promulgación de la ley.											

Objetivo 2: Capacitar a los integrantes de los equipos de salud, dirigentes políticos, líderes sociales y a la propia comunidad, sobre los derechos y obligaciones devengados de la legislación vigente.

Actividad	Denominación	Localización	Participantes	Responsables
Organización de eventos de nivelación.	Transferencia organizativa.	Áreas Operativas	Equipos Locales de Salud, dirigentes políticos, líderes comunitarios y comunidad en general.	DGCOEPI. DAPS EDSA Proy. Especiales.
Organización de mesas locales.	Conformación de las mesas de análisis y seguimiento permanente.	Áreas Operativas	Idem.	

Cronograma 2014

Actividad	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1, 2	Sujeta a promulgación de la ley.											



Área Red de Servicios

Objetivo: garantizar la atención normatizada, articulada e integral de los enfermos chagásicos.

Actividad	Denominación	Localización	Participantes	Metas	Responsables
Vigilancia epidemiológica y control de la Enfermedad de Chagas.	Atención normatizada	Red de establecimientos públicos y privados.	Equipos de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> • 28.000 embarazadas y sus RN. • 27.000 niños ingreso esc. • 20.000 hemodonantes 	
Conformación GMAC	Articulación intrasectorial	Áreas Operativas de la Zona Norte y Sur de la Provincia de Salta.	Representante del Equipo de Salud según componente.	<ul style="list-style-type: none"> • 7 AO de Zona Norte • 2 AO de Zona Sur 	Sub Sec Gestión de Salud. DGCOEPI Directores de Zona Idem.
Extensión de cobertura.	Atención integral.	Centros de Salud (Nivel I) de las Áreas Operativas de la Zona Norte y Sur de la Provincia de Salta.	Equipos Locales de Salud	202 CS	
Adecuación financiera.	Presupuesto programático.	Sec. Gestión Administrativa. DGA	DGCOEPI Programas involucrados. DGA	Incorporado al Presupuesto 2015 el 30/8/14	

Cronograma 2014

Actividad	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1									X	X		
2									X	X		
3						X	X	X				



Área Vigilancia y Control vectorial.

Objetivo 1: consolidar el trabajo de los equipos locales de control vectorial, con eje en el Programa de Atención Primaria de la Salud (APS), articulado con las Escuelas Centinelas de Chagas.

Actividad	Denominación	Localización	Metas	Participantes	Responsables
Mejorar los atributos de vigilancia.	Optimización de la vigilancia de <i>T. infestans</i> .	Nivel Central APS de AO.	10.400 viviendas	Nivel Central - A O.	DECOEPI.
Capacitación en Vigilancia Entomológica			64 A.S.; 18 Oper.		
Evaluación.			330 viv (99%) E 7%		
Generalización del método de biocontrol.	Control Vectorial	100% Positivas			

Cronograma 2014

Actividad	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1							X	X	X	X	X	X
2							X	X	X	X		
3										X	X	X
4							X	X	X	X	X	X

Objetivo 2: organizar la capacitación para la planificación local participativa para el control vectorial de la Enfermedad de Chagas.

Actividad	Denominación	Localización	Metas	Participantes	Responsables
Talleres zonales para elaboración del Plan Operativo Anual Local (POAL)	POAL	ZONAS SANITARIAS NORTE Y SUR	3	Equipos Locales de Salud. Comunidad Organizada.	DGCOEPI APS EDSA P. Espec.
Talleres locales para conformación del Grupo de Monitoreo Comunitario (GMOC)	GMOC				

Cronograma 2014

Actividad	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1 y 2								X	X			



Área Información, Educación y Comunicación

Objetivo 1: visibilización social y política de la Enfermedad de Chagas.

Actividad	Denominación	Localización	Metas	Participantes	Responsables
Organización "Día Nacional por una Argentina sin Chagas"	"Día Nacional por una Argentina sin Chagas"	AO	65 Áreas O.	Equipos Locales de Salud y Educación y Comunidad Organizada.	EDSA
Elaboración y presentación de la Nota Técnica Anual de Avances.	Nota Técnica	Nivel Central	15/12/14	Programas EVOR y VRLAB	DGCOEPI

Cronograma 2014

Actividad	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1							X	X				
2											X	X

Objetivo 2: desarrollar el componente IEC según criterios de riesgo en función de realidad epidemiológica y social de cada comunidad.

Actividad	Denominación	Localización	Metas	Participantes	Responsables
Talleres para la implementación "Escuelas Centinela de Chagas".	Escuelas Centinelas de Chagas.	Escuelas ubicadas en AO de RTV.	3	Equipos Locales de Salud y Educación	EDSA -APS
Jornadas de capacitación en mejora de viviendas.	Capacitación comunitaria	Localidades y parajes ubicados AO de RTV.	9 jornadas (600 viviendas de AR mejoradas).	Líderes Comunitarios. Equipo Local de Salud. Municipio.	

Cronograma 2014

Actividad	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1								X	X	X	x	
2								X	X	X	X	
3								X	X	X	X	



Área Fortalecimiento.

Objetivo: lograr la sostenibilidad local de los componentes programáticos.

Actividad	Denominación	Localización	Metas	Participantes	Responsables
Talleres locales de capacitación para la elaboración del plan anual de promoción y prevención para el control de la Enfermedad de Chagas	Talleres locales de capacitación	AO de RTV.	7 AO de Zona Norte 2 AO de Zona Sur	Equipos multidisciplinarios locales y Comunidad Organizada.	DGCOEPI EDSA APS
Conformación del GMOC (Grupo de Monitoreo Comunitario) para análisis y seguimiento del POAL	Formación del GMOC		Ídem.		

Cronograma 2014

Actividad	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1									X	X		
2									X	X		