

¿Cuál es la realidad de la enfermedad de Chagas en Argentina y en América?

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de las autoridades encargadas en la prevención y control de la enfermedad de Chagas han comunicado que los días de esta enfermedad endémica están contados y que se espera para el año 2000, la eliminación total del vector *-Triatoma infestans-* de la infestación domiciliaria en las áreas rurales contaminadas^{1, 2}.

Sin embargo, la simple lectura de los trabajos e investigaciones científicas publicados en los últimos años sobre los índices de infestación por triatomínos en áreas rurales argentinas, y especialmente los índices de seroprevalencia para Chagas en población en riesgo por habitar zona endémica, demostrarían lo contrario.

En efecto, en las últimas investigaciones sobre la infestación doméstica por *Triatoma infestans* y prevalencia de seropositivos al *Trypanosoma cruzi* en un área rural del noreste argentino, realizadas por Bar y col.^{3, 4}, se demostró que el 50% de las viviendas precarias del Departamento de San Miguel (Corrientes) y el 46% del Departamento de San Luis del Palmar de la misma provincia, están infestadas por vinchucas. La prevalencia de pobladores seropositivos fue del 23,4% y 22,3% respectivamente, destacándose el alto índice del 13% en niños menores de 10 años. En estos estudios se constató la presencia de *Triatoma sordida* preferentemente en el peridomicilio en el 11% de las viviendas, habiéndose corroborado su adaptación al habitat extra-domiciliario y su tendencia a invadir la vivienda humana. También se verificó la presencia del *Triatoma sordida* en ecotopos urbanos de la ciudad de Corrientes⁵, hasta la actualidad desconocida.

En estudios realizados en la provincia de Santa Fe, en los Departamentos de Vera y General Obligado, Morini y col.⁶ hallaron una prevalencia del 43,5% de individuos chagásicos, mientras Streiger y col. (Congreso Argentino y Latinoame-

ricano de Zoonosis, Buenos Aires, 1995) investigando la seropositividad en varones de 18 años encontraron en el Noroeste índices de hasta 32,4%.

Investigaciones realizadas en la provincia de Córdoba, en Pampa de Achala (Gobbi y col. VI Congreso Nacional de Medicina, Mar del Plata, 25/XI/96), demostraron una seropositividad para Chagas del 33,5% con un índice entre 15 a 29 años del 22,7%. En localidades como Sobremonte, Río Seco, Tulumba, Ischilín, Totoral, Río Primero, San Javier, San Alberto, Pocho, Cruz del Eje, la seroprevalencia en menores de 14 años tiene un promedio del 7,2%, con zonas (Pocho) que llegan al 32%.

La localidad cordobesa de Chancaní presenta una seroprevalencia de chagásicos superior al 60% de su población, con 25 casos de Chagas agudo en niños menores de 10 años en los últimos 2 años (las cifras oficiales del país refieren sólo 2 casos de Chagas agudo en todo el territorio argentino en el último año).

También es importante remarcar que el 45% de los ECG efectuados en individuos chagásicos de Chancaní son patológicos (Storino R, comprobación personal, 1996). Además, en esta localidad se detectaron 29 embarazadas chagásicas, la mayoría menores de 20 años, ignorándose la cantidad de casos de Chagas congénito.

Con referencia a esto último, en Salta se halló un 16% de prevalencia de embarazadas chagásicas (Zaidenberg y col. Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo 1993; 35: 35-43), de las cuales se diagnosticó un 4% de Chagas congénito. Este último se ha incrementado en algunas ciudades llegando incluso al 7% en Jujuy, provincia donde se considera controlada la endemia.

A todo este panorama de la endemia chagásica rural en la Argentina, debemos agregarle el problema de la infección chagásica en pobladores de villas de emergencia de las grandes ciudades, la mayoría de ellos oriundos de zona endémica.

En efecto, en un estudio realizado en Rosario (Quinteros y col., Cuadernos Médico Sociales 1992; 62: 1-16) en las villas de emergencia co-

rrespondientes a los Centros de Salud San Francisco y Cáritas Guadalupe, se comprobó una tasa general de chagásicos del 18%, que llegó al 32,3% para los que residieron anteriormente en áreas de alta prevalencia.

Con respecto a Bolivia, estudios en Santa Cruz de la Sierra señalan una prevalencia serológica en mujeres embarazadas del 54%, con un 18,5% de transmisión congénita (Azogue y col. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 1991; 24(2): 105-109). También en este país, se señala la alta prevalencia de enfermedad de Chagas en estudiantes universitarios bolivianos, llegando al 17%, cifras muy elevadas teniendo en cuenta que pertenecen a un grupo socioeconómico muy distinto a la población rural (Gianella y col. *Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo*, 1994; 36(6): 515-518).

Teniendo en cuenta estos hallazgos objetivos de la comunidad científica y en base a nuestra experiencia de recorrer el país y distintas poblaciones rurales, creemos que estas afirmaciones de que la transmisión del Chagas vectorial se termina, no deberían ser tan optimistas.

Más aún, analizando la poca utilidad que han demostrado los "biosensores detectores de vinchucas", en los cuales se habían depositado amplias expectativas en el control del índice de infestación, dado que se ha comprobado que se deterioran fácilmente por el calor y la humedad, que son invadidos muy frecuentemente por arañas, y que poseen escasa capacidad de detectar vinchucas (solo 10% en Área Operativa El Potrero, Río Pilcomayo, con sólo 11 hallazgos sobre 109 casas positivas).

A todo esto debemos agregarle los costos que significa el rociado de una vivienda, estimado en 30 dólares, con variaciones de 48 dólares para zona dispersa y 24 dólares para zona concentrada. Si tenemos en cuenta que en la Argentina se necesitarían rociar unas 300.000 viviendas según los datos oficiales, la necesidad sería de 9 millones de pesos. A todo esto deberá agregarse el costo de mantenimiento del rociado de 1.000.000 de viviendas en área de riesgo, en donde está instalada la vigilancia entomológica.

En un país como la Argentina, donde la crisis económica golpea cada vez más fuerte a las provincias, con los acontecimientos de violencia por carencias elementales que son de dominio público, es difícil creer que pueda mantenerse este

panorama tan alentador que señalan las autoridades del Control de Chagas de la OMS y OPS.

Más aún si tenemos en cuenta que en la actualidad con la descentralización del programa Chagas, son las provincias y los municipios quienes deben encargarse del control. En muchos lugares los recursos se han empleado para otras acciones y no para el Chagas. Tampoco existe un panorama alentador en las provincias de baja endemidad como Buenos Aires, en el control de la embarazada, dado que en muchos lugares no se realiza la serología completa correspondiente por escasez de reactivos.

Ni que decir de la falta de atención integral del paciente chagásico, quien no dispone de centros especializados de evaluación y orientación, deambulando por diversos hospitales en busca de ayuda.

Este paciente chagásico, generalmente un marginal económico y social, padece de las carencias estructurales de la pobreza como son la falta de alimentación, vivienda digna, educación y especialmente la inaccesibilidad a la esfera laboral.

Precisamente esta "discriminación legal", facilitada por la ley 22.360 promulgada en la época del proceso militar y aún vigente, que solicita la serología preocupacional, condiciona en la práctica que todo seropositivo no logre obtener un empleo.

No dudamos de las buenas intenciones de los funcionarios, ni de la capacidad de varios de ellos, pero nuestra preocupación es que muchos hallazgos de trabajos científicos no se condicen con "sus números".

En definitiva, creemos que aunque estos datos señalados puedan significar la decimotercera campanada del reloj, el problema es que su valor radicaría en que pondrían en duda las doce anteriores.

Por lo tanto, el estudio profundo por parte de la comunidad científica, más allá de las "cifras oficiales" del descenso de los índices de la enfermedad de Chagas constituye una obligación ética y moral por la mancha que categoriza la pobreza y que define las dificultades político-económicas-administrativas de América Latina y especialmente la Argentina. Esta pobreza que siempre involucró al Chagas y nunca pudo desprenderse.

Creer lo contrario, más que una ingenuidad, sería una fantasía, como la de presentar un país libre de vinchucas, como para no desalentar la afluencia de capitales extranjeros.

Rubén Storino,¹ Sergio Auger,² Miguel Jörg³

¹ Centro de Enfermedad de Chagas, Fundación INCALP y Cátedra de Humanidades Médicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata; ² Servicio de Cardiología, Hospital Santojanni, Buenos Aires; ³ Centro Médico de Mar del Plata

1. Schmuñis GA, Zicker F, Moncayo A. Interruption of Chagas' disease transmission through vector elimination. *Lancet* 1996; 348: 1171.
2. Moncayo A. Chagas' disease -a disease whose days are numbered. *Heart Beat* 1997; 1:1-2.
3. Bar ME, Oscherov EB, Damborsky MP, Alvarez BM, Mizdraji G, Avalos G, et al. Infestación doméstica por *Triatoma infestans* y prevalencia de seropositivos al *Trypanosoma cruzi* en un área rural del nordeste argentino. *Rev Soc Med Trop* 1996; 29: 549-55.
4. Bar ME, Oscherov EB, Damborsky MP, Varela ME, Mizdraji G, Porcel E. Triatomismo del departamento San Luis del Palmar de la Provincia de Corrientes, Argentina. *Medicina (Buenos Aires)* 1992; 52: 193-201.
5. Bar ME, Oscherov EB, Damborsky MP. Presencia de *Triatoma sordida* Stål 1859 en ecotopos urbanos de la ciudad de Corrientes, Argentina. *Rev Saude Pública* 1993; 27: 117-22.
6. Morini JC, Berra H, Dávila HO, Pividori JF, Bottasso OA. Electrocardiographic alteration among first degree relatives with serologic evidence of *Trypanosoma cruzi* infection. A sibship study. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1994; 89: 371-5.

ganización Panamericana de la Salud sobre la tendencia observada de una marcada reducción de la frecuencia promedio de la infestación domiciliar por *T. infestans* y de la prevalencia de infección por *T. cruzi* en niños y adultos jóvenes en cuatro países de la *Iniciativa del Cono sur*, a saber Argentina, Brasil, Chile y Uruguay¹⁻⁵.

Me parece que cualquier conclusión científica debe basarse en el análisis de todos los datos disponibles y no únicamente en estudios limitados a determinadas áreas geográficas dentro de un país, en este caso Argentina.

En efecto, en 1996 la OMS³ analizaba la tendencia epidemiológica, es decir la evolución de las tasas promedio de infestación domiciliar por *T. infestans* y de infección por *T. cruzi* en jóvenes de 18 años. Pudo observarse una marcada reducción de ambos indicadores en los últimos diez años. La infestación domiciliar promedio para Argentina ha pasado de 24,5% en 1982 a 11,04% en 1993. Es decir, que ha habido *una reducción para todo el país de un 50,5%*.

La reducción en las tasas de infestación domiciliar en el mismo período, en las provincias donde se hicieron los estudios que citan los autores de la carta es la siguiente: Corrientes: reducción de 33,65%, Córdoba: reducción de 41,9%, Santa Fe: de 47% y Salta: de 66,85%. Del mismo modo, *la caída de las tasas promedio de infección por T. cruzi en varones de 18 años* ha sido de 6,6% en 1981 a 1,6% en 1993, es decir *una reducción de un 76%*. En las provincias mencionadas, la reducción de las tasas promedio de prevalencia de infección en varones de 18 años ha sido la siguiente: Corrientes 12%, Córdoba 72%, Santa Fe 50% y Salta 81%.

Según datos recientes del Ministerio de Salud⁶, el costo de las operaciones de control vectorial, principalmente la fumigación de habitaciones con insecticidas, desde 1991 hasta 1996 inclusive, ha sido de US\$ 84.500.000, es decir un promedio de 14 millones por año.

Las referencias^{1, 2, 4, 5} analizan la situación epidemiológica y sus tendencias en Brasil, Chile y Uruguay donde la reducción de la infestación domiciliar por *T. infestans* y de la prevalencia de infección por *T. cruzi* en grupos de edad de menores de 15 años en la última década ha sido aún más marcada que la observada para Argentina.

Con respecto a los datos de Bolivia, no tengo ningún comentario ya que el programa de con-

En su carta al Comité de Redacción, Storino y colaboradores citan algunos trabajos realizados en áreas rurales de las Provincias de Corrientes, Córdoba, Santa Fe y Salta y publicados entre 1992 y 1996, lo mismo que dos comunicaciones a Congresos en 1995 y 1996, y destacan los datos sobre infestación domiciliar por *Triatoma infestans* y peri-domiciliar por *Triatoma sordida*, lo mismo que sobre las tasas de prevalencia infección por *Trypanosoma cruzi* en grupos de edad menores de 14 años.

Los autores, basados en estos datos parciales, cuestionan las comunicaciones publicadas por la Organización Mundial de la Salud y la Or-

trol nacional sólo ha sido establecido recientemente y no se dispone todavía de datos epidemiológicos ni entomológicos para medir el impacto de las medidas de control.

Deseo agradecer a la Revista Medicina el haberme dado la oportunidad de consignar los comentarios anteriores en este debate que considero de gran utilidad para todos los que estamos interesados y comprometidos en mantener los actuales logros de la Iniciativa del Cono Sur y que son, en primer lugar, los Gobiernos de los países que conforman esta Iniciativa.

Alvaro Moncayo

Jefe de Control Tripanosomiasis y Leishmaniosis, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

1. Weekly Epidemiological Record, World Health Organization, Geneva, 1994; 6: 38-40.
2. Weekly Epidemiological Record, World Health Organization, Geneva, 1995; 3: 13-6.
3. Weekly Epidemiological Record, World Health Organization, Geneva, 1996; 2: 12-5.
4. Weekly Epidemiological Record, World Health Organization, Geneva, 1997; 1: 1/2-1.
5. Schmunis G, Zicker F, Moncayo A, Interruption of Chagas disease transmission through vector elimination, *The Lancet*, 1996; 348: 1171.
6. OPS/OMS, VI Reunión de la Comisión Intergubernamental para la Interrupción de la Transmisión de la Enfermedad de Chagas, Santiago, Chile, Marzo 1997 (en prensa)

Los comentarios críticos planteados en la carta al Comité de Redacción por Rubén Storino y col. son de indudable interés para especialistas y también para lectores no especializados en el tema, como es mi caso.

La carta se centra en 2 publicaciones firmadas por funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Una de ellas¹ se refiere a la Iniciativa del Cono Sur, tomada por las autoridades sanitarias de Argentina, Chile, Uruguay y Brasil, con el objetivo de eliminar la infestación por *Triatoma infestans*, con un presupuesto global de \$ 207 millones, dirigido a movilizar re-

ursos, controlar operaciones y medir el impacto epidemiológico. La estrategia es rociamiento con insecticidas de acción residual y mejoramiento de las viviendas. Se presenta la información oficial de estos países, con resultados de mejoramiento entre 1982 y 1994, y las expectativas de llegar a interrumpir la transmisión para el año 2000.

La infestación domiciliaria se habría reducido en un 75% en 13 de 15 provincias endémicas de Argentina, entre 1982 y 1994, y la prevalencia serológica entre jóvenes que entran al servicio militar, de 5,8% a 1,2% en igual período^{1, 2}.

Cito en forma extensiva estas referencias, para una mejor comprensión de la carta de Storino y col., en la que se polemiza con ellas.

La información sobre magnitud de la endemia que los autores contraponen a éstas, se refiere a número de casos en localidades, y/o provincias. Algunas de estas informaciones necesitarían completarse con datos de población para poder evaluar su significación epidemiológica.

También sería necesario conocer el origen de la información –relevante para los Programas de Control– sobre la escasa utilidad de los "biosensores detectores de vinchucas".

Por otra parte, los resultados de un Programa de Control se juzgan por las tendencias del problema que se intenta controlar. Es indiscutible que la enfermedad de Chagas es aún un grave problema de salud en nuestra población, pero:

¿Existe o no una tendencia global declinante?

¿Se pueden aportar propuestas para su control, diferentes o complementarias de las señaladas por OPS/OMS, y por los Programas oficiales?

O bien:

¿Serían las estrategias de control correctas, pero su cumplimiento o aplicación deficiente?

Y de ser así, ¿por qué, dónde? ¿cuáles serían los ajustes necesarios?

Isabel N. de Kantor

1. Schmunis G, Zicker F, Moncayo A. Interruption of Chagas disease transmission through vector elimination. *Lancet* 1996; 348: 1171.
2. WHO, Chagas disease. Progress towards elimination of transmission. *Wkly Epid Rec* 1996; 2:12-5.