

DOCUMENTO ADJUNTO

INFORME DE LA EVALUACIÓN FINAL
DEL
PROYECTO DE CONTROL DE LA
ENFERMEDAD DE CHAGAS FASE 2
EN
LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR

San Salvador
3 de Diciembre del 2010

EQUIPO CONJUNTO DE EVALUACIÓN FINAL



CONTENIDO

1. Introducción

- 1-1. Antecedentes y perfil del Proyecto
- 1-2. Equipo conjunto de Evaluación

2. Metodología del Estudio de la Evaluación

- 2-1. Metodología de la Evaluación
- 2-2. La Evaluación de Cinco Criterios
- 2-3. Metodología de la Recolección de Datos

3. Resultados y procesos de la implementación del Proyecto

- 3-1. Resumen de Aportaciones
- 3-2. Actividades y resultados
- 3-3. Objetivo del Proyecto y Objetivo Superior
- 3-4. Procesos de la implementación

4. Evaluación por los 5 criterios

- 4-1. Relevancia
- 4-2. Efectividad
- 4-3. Eficiencia
- 4-4. Impacto
- 4-5. Sostenibilidad
- 4-6. Factores propiciantes y factores limitantes

5. Revisión de la Matriz de Diseño del Proyecto

7. Conclusiones

7. Recomendaciones y lecciones aprendidas

- 7-1 Recomendaciones
- 7-2 Lecciones aprendidas

Anexos

- Anexo 1: PDM (Project Design Matrix) Versión 2
- Anexo 2: Cuadro de Instituciones visitadas y personas entrevistadas por el Equipo Conjunto de Evaluación
- Anexo 3: Listado de capacitaciones realizadas
- Anexo 4: Lista de equipos y materiales aportados
- Anexo 5: Cuadro de resumen de la encuesta basal y el rociado realizado por departamento

1. Introducción

1-1. Antecedentes y perfil del Proyecto

La Enfermedad de Chagas se considera una enfermedad grave de los trópicos, al igual que la malaria en Centroamérica y Sudamérica, y se estima que el número de pacientes es de más de 7.5 millones. En el caso de El Salvador, se considera que hay 232,000 personas infectadas, aproximadamente 3.4% de la población.

En la enfermedad de Chagas técnicamente no es difícil la prevención y el control en comparación con otras enfermedades infecciosas por vectores como Malaria y Dengue, entre otras. En Centroamérica, la chinche (vector de la Enfermedad de Chagas) actualmente no es resistente a los insecticidas, y se asume que la posibilidad de que desarrolle resistencia a los insecticidas en un futuro cercano es muy baja. Por lo tanto, se ha comprobado que la Enfermedad de Chagas se puede controlar a través de: 1) rociar insecticidas para el control del vector, 2) Educación, Información y Comunicación (IEC) 3) vigilancia con participación comunitaria, y 4) mejoramiento de viviendas. En siete países que conforman la Iniciativa de Centromérica para el Control de la Enfermedad de Chagas (en adelante IPCA) “Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y Panamá”, así como la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), están tomando medidas para el logro de la meta “Interrupción de la Transmisión de la Enfermedad de Chagas en Centroamérica a finales del año 2010”. Y este Proyecto está cooperando con esta iniciativa.

El Ministerio de Salud y JICA, con base en las experiencias y resultados obtenidos a través de la cooperación técnica del “Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas Fase 1”, implementado del 2003 al 2007, está implementando la Fase 2 del Proyecto antes mencionado, desde Marzo del 2008 por 3 años, con el objetivo de lograr la operación y control sostenibles del control de esta enfermedad, estableciendo un sistema de vigilancia con el liderazgo del Ministerio de Salud a nivel Central, Regional, SIBASI y Unidades de Salud, con participación comunitaria sostenible.

1-2. Equipo Conjunto de Evaluación Final

(1) Equipo Japonés de Evaluación

	Cargo	Nombre	Posición/ Organización
1)	Líder	Sr. Ryuichi Nasu	Líder del Equipo, Representante Residente de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), Oficina en El Salvador
2)	Análisis Científico-Entomológico	Dr. Yuichiro Tabaru	Doctor en Entomología Médica, Experto Asesor de JICA y Asesor de Fuji Environmental Service Inc., de Shizuoka, Japón
3)	Evaluación y Análisis del Proyecto	Lic. Junko Sato	Investigador Superior, Maestra en Salud Pública, TAC International Inc., Tokio, Japón
4)	Coordinador	Lic. Keizo Uno	Director Asistente, División 4 de Sallud, Departamento de Desarrollo Humano, JICA Central, Japón
5)	Intérprete	Sra. Fusako Yamawaki	Intérprete Registrada en JICA, Oficina en México

(2) Equipo Salvadoreño de Evaluación

	Cargo	Nombre	Posición/Organización
1)	Coordinador del Programa Nacional de Chagas	Ing. Eduardo Romero	Unidad Vectores, MSPAS
2)	Miembro	Dra. Mirna de	Unidad Vectores, MSPAS

)		Linares	
3	Miembro	Dra. Françoise Barten	Unidad Determinantes Sociales, MSPAS
)			
4	Miembro	Lic. Oscar Sánchez	Unidad Promoción de la Salud MSPAS
)			
5	Miembro	Dr. Paul Torres	Dirección Vigilancia Sanitaria, MSPAS
)			
6	Gerente del Programa Nacional de Chagas	Ing. Arnoldo Cruz	Unidad Salud Ambiental, MSPAS
)			
7	Miembro	Dr. Víctor Odmara Rivera	Dirección de Regulación
)			
8	Miembro	Dr. Rafael Cedillos	Coordinador del Equipo de MSPAS
)			

2. Metodología del Estudio de la Evaluación

2-1. Metodología de la Evaluación

La Evaluación ha sido conducida de acuerdo a la “Nueva Guía de JICA para la Evaluación de Proyectos (Primera Edición)”, con los siguientes pasos:

- 1) Los resultados del Proyecto fueron evaluados con base en la Matriz de Diseño del Proyecto (PDM2) modificada en octubre del 2009. Los logros de los resultados esperados y del objetivo del Proyecto han sido analizados con relación a los indicadores objetivamente verificables. Las Aportaciones y las Actividades han sido evaluadas en comparación con el Plan y los Resultados.
- 2) Los factores contribuyentes y limitantes para el logro del Objetivo del Proyecto fueron analizados por medio de la revisión de la Matriz de Diseño del Proyecto (en adelante llamada “la PDM”) y del proceso de la implementación.
- 3) El diseño, el proceso de la implementación y los resultados del Proyecto han sido analizados desde el punto de vista de los cinco criterios de evaluación que son: relevancia, efectividad, eficiencia, impacto y sostenibilidad.
- 4) Con base en los criterios arriba mencionados, fueron formuladas las recomendaciones para el Proyecto por el periodo restante de implementación.
- 5) Los resultados de la evaluación han sido resumidos en los puntos referidos entre los equipos de ambos países en la Minuta de Reuniones, la que ha sido firmada e intercambiada en el Comité de Coordinación Conjunta (CCC).

2-2. La Evaluación con los Cinco Criterios

1) Relevancia

La relevancia del Proyecto es revisada por la validez del Objetivo del Proyecto y del Objetivo Superior en correlación a las políticas del Gobierno de la República de El Salvador y las necesidades del país, así como la política de cooperación del Japón con la República de El Salvador.

2) Efectividad

La efectividad se evalúa examinando el grado de logro que el Proyecto ha podido alcanzar con respecto al objetivo del Proyecto, clarificando de qué manera los resultados han contribuido a dicho grado de logro.

3) Eficiencia

La eficiencia es evaluada observando de qué modo las aportaciones y las actividades del Proyecto han contribuido a la producción de los Resultados, analizando la calidad, cantidad y el tiempo .

4) Impacto

El impacto del Proyecto es evaluado analizando las influencias tanto positivas como negativas generadas por el Proyecto.

5) Sostenibilidad

La sostenibilidad del Proyecto es evaluada en términos de aspectos organizacional, financiero y técnico; examinando a qué grado de alcance se deben sostener los resultados del Proyecto en dichos aspectos, después de su evaluación.

2-3. Metodología de la Recolección de Datos

Los datos tanto cuantitativos como cualitativos fueron recolectados y utilizados para la evaluación y análisis. La metodología de recolección y los datos que el Equipo ha utilizado son los siguientes:

➤ Revisión de documentos:

- El Informe del Estudio Preliminar del Proyecto (2008)
- El Informe de la Revisión Intermedia del Proyecto (2009)
- Cuadro general de operación y administración del Proyecto
- La Pagina Web del Proyecto
- Los Informes de Expertos de Corto Plazo
- Los documentos relacionados de la política de salud
- Otros productos e informes elaborados en el Proyecto
- Otros documentos relacionados

➤ Entrevistas a las personas involucradas en el Proyecto:

Ver detalles en el Anexo 2, (lista de personas entrevistadas).

➤ Visita a las áreas del Proyecto.

- Región Central y SIBASI La Libertad
- SIBASI Ahuachapán, Unidad de Salud Eco-familiar del Municipio de Ahuachapán
- Región Oriental, SIBASI Morazán, Unidad de Salud de San Fernando
- Región Occidental, SIBASI Sonsonate, Cantón San Lucas, Caserío El Palmar del Municipio de Cuisnahuat, como se detalla en el Anexo 2.

3. Resultados y procesos de la implementación del Proyecto

3-1. Resumen de Aportaciones

3-1-1 Aportaciones por la parte japonesa

Desde el inicio del Proyecto (marzo de 2008) hasta el momento de la Evaluación (noviembre - diciembre de 2010) se realizaron las siguientes aportaciones (por orden del envío):

1) Expertos de largo plazo

No	Nombre	Campo de especialidad	Plazo de envío
1	Dr. Jun Nakagawa	Administración del Proyecto	Mar.1, 2008 – Jun. 30, 2009
2	Lic. Emi Sasagawa	Control enfermedad de Chagas	Mar.17, 2008 – Mar.16, 2011 activa

2) Experto de corto plazo

No	Nombre	Campo de especialidad	Plazo de envío
1	Dr. Yuichiro Tabaru	Entomología Médica	Nov.10, 2008 – Dic. 13, 2008
2	Dr. Yuichiro Tabaru	Entomología Médica	Nov. 15, 2009 – Dic.8, 2009
3	Lic. Tadashi Ogasawara	Educación y Promoción	Jun. 21, 2010 – Sep.18, 2010
4	Dr. Masamine Jimba	Sistema de Salud	Nov. 06, 2010 – Nov. 18, 2010

3) Expertos regionales

No	Nombre	Campo de especialidad	Plazo de envío
1	Dra. Carlota Monroy (Guatemala)	Entomología Médica	Nov. 20, 2009 – Nov. 21, 2009
2	Dra. Carlota Monroy (Guatemala)	Facilitadora del curso regional de los voluntarios japoneses	Sep. 07, 2010 – Sep. 11, 2010
3	Dr. Alejandro Luquetti (Brasil)	Diagnóstico y tratamiento	Feb. 21, 2010 – Feb. 28, 2010
4	Dr. Gabriel Schmunis (EE.UU.)	Sistema de vigilancia con participación comunitaria	Ago. 08, 2010 – Ago. 28, 2010

4) Jóvenes Voluntarios Japoneses de Cooperación con el Extranjero (JOCVs)

No	Nombre	Asignados a	Periodo de asignación
1	Lic. Yasuo Kasahara	SIBASI Morazán	Mar.28, 2007 – Mar.27, 2009
2	Lic. Ayumi Ozaki	SIBASI Ahuachapán	Ene.9, 2008 – Ene. 8, 2010
3	Lic. Ryohei Yamamoto	SIBASI Santa Ana	Ene.6, 2009 – Ene. 5, 2011 activo
4	Lic. Mika Enami	SIBASI Usulután	Jun.23, 2009 – Jun. 22, 2011 activa
5	Lic. Naomi Hori	SIBASI San Miguel	Jun.23, 2009 – Jun. 22, 2011 activa
6	Lic. Ryoko Nakazawa	SIBASI Morazán	Jun.23, 2009 – Jun. 22, 2011 activa
7	Lic. Suguru Nakamura	SIBASI La Libertad	Oct.22, 2009 – Ene.21, 2010
8	Lic. Midori Taniguchi	SIBASI Ahuachapán	Mar.23, 2010 – Mar.22, 2012 activa

4) Capacitación de la contraparte salvadoreña

Hasta el momento del presente Estudio de Evaluación se han realizado capacitaciones a funcionarios y

personal de salud de diferentes niveles, como el taller para el sistema de vigilancia con participación comunitaria, capacitación sobre Entomología Médica, capacitación para la realización de encuestas diversas, etc. El grupo objetivo para dichas capacitaciones fueron los funcionarios de nivel central del Ministerio de Salud, personal de las Direcciones Regionales de Salud, personal de los 17 SIBASI (Vectores, Promotores de Salud, Educadores, Epidemiólogos, Salud Ambiental entre otros). También participaron 4 contrapartes al “Curso de Mejora de Aspectos Clínicos y Terapéuticos de la Miocardiopatía Chagásica” llevado a cabo en Argentina. Ver detalle en el Anexo 3.

5) Suministro de equipos y materiales

La parte japonesa ha proveído vehículos, motocicletas, insecticidas, bombas para el rociado, Kit de ELISA, Kit serológico de prueba rápida, computadoras tipo Laptop, microscopios, etc. El monto total de dichos equipos es de US\$ 363,884.36 dólares americanos. (Ver Anexo 4, listado de equipos)

6) Gastos locales de operación cubiertos por la parte japonesa

El monto total en gastos locales de operación cubiertos por la parte japonesa es de US\$ 414,082.81 dólares americanos.

(En dólares americanos por Año Fiscal Japonés)	AFJ2007	AFJ2008	AFJ2009	AFJ2010 a Sep. 2010	Total
Gastos locales de operación	16,221.89	157,939.21	169,091.70	70.830.01	414,082.81

AFJ: Año Fiscal Japonés (Desde Abril a Marzo del próximo año) Fuente: Informe del Proyecto

3-1-2 Aportaciones por la parte salvadoreña

1) Asignación del personal contraparte

Al inicio del Proyecto, el Vice-ministro de Salud y el Director de la Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud fueron asignados como el Director del Proyecto, respectivamente. Con el cambio del Gobierno en junio del 2009, durante la Misión de Evaluación Intermedia, La Ministra de Salud ha aceptado ser la Directora del Proyecto debido a su sólido compromiso con el control de la Enfermedad de Chagas, acordado por ambas partes.

El Proyecto de la Enfermedad de Chagas estaba coordinado por la Dirección de Vigilancia de la Salud, con la reforma organizacional del Ministerio de Salud a partir de julio del 2010, la ejecución del proyecto se ha integrado en 4 diferentes direcciones que son : Dirección de Vigilancia Sanitaria; Unidad de Salud Ambiental; Unidad de Promoción de la Salud; y Unidad de Salud Comunitaria. Durante esta evaluación, fueron asignados como el Gerente del Proyecto, el Ing. Arnoldo Rafael Cruz, y como el Coordinador del Proyecto, el Ing. José Eduardo Romero Chevez.

2) Provisión de la oficina y facilidades para el Proyecto

La parte salvadoreña ha proporcionado la oficina para el Proyecto con mobiliario y servicios (pago de electricidad, agua, comunicaciones), así como espacio para el parqueo de vehículo.

3) Asignación de presupuesto por la parte salvadoreña

El presupuesto asignado por la parte salvadoreña es el siguiente, con un monto total de US\$ 2,663,163.00 (a Nov. 2010).

Año	2007	2008	2009	2010 (a . Nov.2010)	Total
Presupuesto (Monot en US\$)	482,216	418,217	565,974	1,196,756.00	2,663,163.00

Fuente: Ministerio de Salud

3-2. Avance de las Actividades y Resultados del Proyecto

Avances en el primer resultado esperado y sus actividades: “Se completa el primer ciclo de rociado de la fase de ataque en las áreas de alto riesgo de los departamentos objeto del Proyecto en las Regiones Central y Oriental.”

Desde el inicio, se ha observado avance de las actividades del primer resultado esperado. De acuerdo a los datos acumulados desde el año 2008, se ha logrado realizar el rociado del primer ciclo de insecticidas en un porcentaje mayor al de la meta (que es del 10%), en los caserios de los 4 departamentos: La Libertad, Usulután, San Miguel y Morazán. Según el informe del 2010, en los 7 departamentos objeto del Proyecto, se rociaron 67,863 viviendas (96.9%).

A pesar de que se observan impactos por el rociado en los 4 departamentos, existen localidades en donde el índice de infestación no han disminuido. Es necesario realizar un análisis de la calidad del rociado para el control del vector, así como enfocar la atención en los resultados de la encuesta entomológica y la encuesta serológica para evaluar impacto.

En los 3 departamentos de la región occidental que no han completado la fase de ataque también se están realizando actividades entomológicas. Los detalles se encuentran en el Anexo 5.

Avances en actividades del Resultado Esperado 1

Actividades		Avances																																								
1-1	Identificar las áreas de alto riesgo mediante la implementación de un estudio de la línea basal (estudios serológicos y entomológicos) (Indicador : cobertura de caserios)	<p>En 4 departamentos (La Libertad, Usulután, San Miguel y Morazán), en el periodo del 2003 a 2010, se realizó el estudio de la línea basal por índice de infestación domiciliar de <i>T. dimidiata</i> con un total de 2,733 caserios (90.5% de cobertura) de 3,021 caserios existentes, donde se inspeccionaron 44,308 viviendas. En el periodo del 2008 a 2010, se realizó en 1,967 caserios (65.1% de cobertura) y 29,710 viviendas.</p> <p>Cuadro 1. Cobertura de la línea basal entomológica de caserios en 4 departamentos</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>No. de Caserios Inspeccionados</th> <th>Cobertura de Inspección (%)</th> <th>No. de Viviendas Inspeccionadas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2003</td> <td>14</td> <td rowspan="8">3,021 caserios existentes</td> <td>280</td> </tr> <tr> <td>2004</td> <td>84</td> <td>1,700</td> </tr> <tr> <td>2005</td> <td>225</td> <td>3,736</td> </tr> <tr> <td>2006</td> <td>81</td> <td>1,736</td> </tr> <tr> <td>2007</td> <td>362</td> <td>7,146</td> </tr> <tr> <td>2008</td> <td>572</td> <td>9,989</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td>744</td> <td>11,811</td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td>651</td> <td>7,910</td> </tr> <tr> <td>2003-2010</td> <td>2,733</td> <td>90.5 (%)</td> <td>44,308</td> </tr> <tr> <td>2008-2010</td> <td>1,967</td> <td>65.1 (%)</td> <td>29,710</td> </tr> </tbody> </table> <p>En 7 departamentos objeto del proyecto, en el periodo del 2003 a 2010, se realizó la encuesta basal en un total de 4,954 caserios (83.5% de cobertura) de 5,936 caserios existentes y 85,163 viviendas. En el periodo del 2008 a 2010, se realizó en 2,559 caserios (43.1% de cobertura) y 41,577 viviendas.</p> <p>Cuadro 2. Cobertura de la línea basal entomológica de caserios en 7 departamentos</p>				Año	No. de Caserios Inspeccionados	Cobertura de Inspección (%)	No. de Viviendas Inspeccionadas	2003	14	3,021 caserios existentes	280	2004	84	1,700	2005	225	3,736	2006	81	1,736	2007	362	7,146	2008	572	9,989	2009	744	11,811	2010	651	7,910	2003-2010	2,733	90.5 (%)	44,308	2008-2010	1,967	65.1 (%)	29,710
Año	No. de Caserios Inspeccionados	Cobertura de Inspección (%)	No. de Viviendas Inspeccionadas																																							
2003	14	3,021 caserios existentes	280																																							
2004	84		1,700																																							
2005	225		3,736																																							
2006	81		1,736																																							
2007	362		7,146																																							
2008	572		9,989																																							
2009	744		11,811																																							
2010	651		7,910																																							
2003-2010	2,733	90.5 (%)	44,308																																							
2008-2010	1,967	65.1 (%)	29,710																																							

Año	No. de Caserios Inspeccionados	Cobertura de Inspección (%)	No. de Viviendas Inspeccionadas
2003	882	5,936 caserios existentes	17,581
2004	801		12,672
2005	251		4,199
2006	89		1,836
2007	372		7,298
2008	743		12,329
2009	877		14,232
2010	939		15,016
2003-2010	4,954	83.5(%)	85,163
2008-2010	2,559	43.1 (%)	41,577

1-2 Planear y realizar el primer ciclo de rociamiento con base en el resultado del estudio de la línea basal
(Indicador: cobertura de caserios)

Se ha implementado el rociado en caserios con alto índice de infestación o con casos agudos confirmados de la enfermedad de Chagas. En 4 departamentos de Región Central y Oriental, del 2004 al 2010, fueron rociados un total de 1,389 caserios (46.0%) de 3,021 caserios existentes y 49,136 viviendas rociadas (70.2%). Del 2008 al 2010, fueron rociados un total de 550 caserios (18.2%) y 35,815 viviendas rociadas (51.2%).

Cuadro 3. Cobertura de rociado en caserios de 4 departamentos

Año	No. de Caserios Rociados	Cobertura de Rociado (%)	No. de Viviendas Rociadas	Cobertura de Rociado (%)
2004	15	3,021 caserios existentes	625	No. de Meta de viviendas rociadas: 70 mil viviendas
2005	82		6,736	
2006	70		2,703	
2007	122		3,257	
2008	178		7,743	
2009	203		14,450	
2010	169		13,622	
2004-2010	1,389	46.0 (%)	49,136	70.2 (%)
2008-2010	550	18.2 (%)	35,815	51.2 (%)

En 7 departamentos objeto del Proyecto, del 2004 al 2010, fueron rociados un total de 3,201 caserios (53.4%) de 5,936 caserios existentes y 257,714 viviendas rociadas (368.2%). Del 2008 al 2010, fueron rociado un total de 1,116 caserios (18.8%) y 67,863 viviendas rociadas (96.9%).

Cuadro 4. Cobertura de rociado en caserios de 7 departamentos

Año	No. de Caserios Rociados	Cobertura de Rociado (%)	No. de Viviendas Rociadas	Cobertura de Rociado (%)
2004	236		17,494	No. de Meta de viviendas rociadas: 70 mil viviendas
2005	659		61,324	
2006	654	5,936	60,437	
2007	536	caserios	50,596	
2008	295	existentes	19,740	
2009	439		26,041	
2010	382		22,082	
2004-2010	3,201	53.4 (%)	257,714	368.2 (%)
2008-2010	1,116	18.8 (%)	67,863	96.9 (%)

Avances del Resultado Esperado 1

Indicadores verificables		Avances																		
1-1	Número de viviendas rociadas (Meta setenta mil)	<p>En 4 departamentos, durante la primera y segunda fase (el periodo el 2004 al 2010), se realizó rociado en 49,136 viviendas (70.2%) de 70 mil viviendas meta. Específicamente en la segunda fase (del 2008 al 2010), el número de viviendas rociadas fueron 35,815 viviendas (51.2%).</p> <p>Cuadro 5. Número de viviendas rociadas en 4 departamentos</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>No. de Viviendas Rociadas</th> <th>Cobertura de Rociado (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2004-2010</td> <td>49,136</td> <td>70.2 (%)</td> </tr> <tr> <td>2008-2010</td> <td>35,815</td> <td>51.2 (%)</td> </tr> </tbody> </table> <p>En 7 departamentos objeto del Proyecto, durante la primera y segunda fase (del 2004 al 2010), se realizó rociado en 257,714 viviendas (368.2%). Específicamente en la segunda fase (del 2008 al 2010), el número de viviendas rociadas fueron 67,863 viviendas (96.9%).</p> <p>Cuadro 6. Número de viviendas rociadas en 7 departamentos</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>No. de Viviendas Rociadas</th> <th>Cobertura de Rociado (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2004-2010</td> <td>257,714</td> <td>368.2 (%)</td> </tr> <tr> <td>2008-2010</td> <td>67,863</td> <td>96.9 (%)</td> </tr> </tbody> </table>	Año	No. de Viviendas Rociadas	Cobertura de Rociado (%)	2004-2010	49,136	70.2 (%)	2008-2010	35,815	51.2 (%)	Año	No. de Viviendas Rociadas	Cobertura de Rociado (%)	2004-2010	257,714	368.2 (%)	2008-2010	67,863	96.9 (%)
Año	No. de Viviendas Rociadas	Cobertura de Rociado (%)																		
2004-2010	49,136	70.2 (%)																		
2008-2010	35,815	51.2 (%)																		
Año	No. de Viviendas Rociadas	Cobertura de Rociado (%)																		
2004-2010	257,714	368.2 (%)																		
2008-2010	67,863	96.9 (%)																		

1-2	Cobertura de cantones rociados (10% en cada departamento)	<p>La cobertura de rociado del 2004 al 2010 , y del 2008 al 2010 en caseríos de cada departamento es la siguiente. En la fase 2 del proyecto, más de 10% de caseríos de cada departamento se han rociado. Eso implica que más de 10% de cantones han sido rociados.</p> <p>Cuadro 7. Cobertura de caseríos rociados de cada departamento</p> <table border="1" data-bbox="716 405 1370 942"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Departamento</th> <th rowspan="3">No. de Caseríos Existentes</th> <th colspan="4">No. de Caseríos Rociados</th> <th colspan="2">No. de Viviendas Rociadas</th> </tr> <tr> <th colspan="2">2004-2010</th> <th colspan="2">2008-2010</th> <th rowspan="2">2004-2010</th> <th rowspan="2">2008-2010</th> </tr> <tr> <th>No.</th> <th>(%)</th> <th>No.</th> <th>(%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ahuachapán</td> <td>895</td> <td>750</td> <td>83.8</td> <td>245</td> <td>27.4</td> <td>52,575</td> <td>12,786</td> </tr> <tr> <td>Santa Ana</td> <td>1,037</td> <td>967</td> <td>93.2</td> <td>206</td> <td>19.9</td> <td>103,800</td> <td>12,580</td> </tr> <tr> <td>Sonsonate</td> <td>983</td> <td>645</td> <td>65.6</td> <td>115</td> <td>11.7</td> <td>52,203</td> <td>6,682</td> </tr> <tr> <td>La Libertad</td> <td>596</td> <td>124</td> <td>20.8</td> <td>60</td> <td>10.1</td> <td>7,083</td> <td>5,682</td> </tr> <tr> <td>Usulután</td> <td>1,146</td> <td>271</td> <td>23.6</td> <td>202</td> <td>17.6</td> <td>22,577</td> <td>15,170</td> </tr> <tr> <td>San Miguel</td> <td>767</td> <td>139</td> <td>18.1</td> <td>85</td> <td>11.1</td> <td>8,016</td> <td>6,008</td> </tr> <tr> <td>Morazán</td> <td>512</td> <td>305</td> <td>59.6</td> <td>203</td> <td>39.6</td> <td>11,460</td> <td>8,955</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>5,936</td> <td>3,201</td> <td>53.9</td> <td>1,116</td> <td>18.8</td> <td>257,714</td> <td>67,863</td> </tr> </tbody> </table>								Departamento	No. de Caseríos Existentes	No. de Caseríos Rociados				No. de Viviendas Rociadas		2004-2010		2008-2010		2004-2010	2008-2010	No.	(%)	No.	(%)	Ahuachapán	895	750	83.8	245	27.4	52,575	12,786	Santa Ana	1,037	967	93.2	206	19.9	103,800	12,580	Sonsonate	983	645	65.6	115	11.7	52,203	6,682	La Libertad	596	124	20.8	60	10.1	7,083	5,682	Usulután	1,146	271	23.6	202	17.6	22,577	15,170	San Miguel	767	139	18.1	85	11.1	8,016	6,008	Morazán	512	305	59.6	203	39.6	11,460	8,955	Total	5,936	3,201	53.9	1,116	18.8	257,714	67,863
Departamento	No. de Caseríos Existentes	No. de Caseríos Rociados				No. de Viviendas Rociadas																																																																																					
		2004-2010		2008-2010		2004-2010	2008-2010																																																																																				
		No.	(%)	No.	(%)																																																																																						
Ahuachapán	895	750	83.8	245	27.4	52,575	12,786																																																																																				
Santa Ana	1,037	967	93.2	206	19.9	103,800	12,580																																																																																				
Sonsonate	983	645	65.6	115	11.7	52,203	6,682																																																																																				
La Libertad	596	124	20.8	60	10.1	7,083	5,682																																																																																				
Usulután	1,146	271	23.6	202	17.6	22,577	15,170																																																																																				
San Miguel	767	139	18.1	85	11.1	8,016	6,008																																																																																				
Morazán	512	305	59.6	203	39.6	11,460	8,955																																																																																				
Total	5,936	3,201	53.9	1,116	18.8	257,714	67,863																																																																																				

2) Segundo resultado Esperado 2: Se mantiene sustentablemente el sistema de Vigilancia con participación comunitaria en las áreas piloto.

Con relación al Estudio del Umbral de *T. dimidiata*, a noviembre de 2010 se está implementando el segundo Estudio del Umbral en los 7 departamentos objeto del Proyecto (desde Agosto del 2010). El ordenamiento y la introducción de sistemas de vigilancia se realizaron talleres sobre el establecimiento del “Sistema de Vigilancia con Participación Comunitaria, así como el trabajo de revisión de la “Norma Técnica de Prevención y el Control de la Enfermedad de Chaga” (en adelante la “Norma”) para la simplificación y la difusión. Durante la Revisión Intermedia se mencionó como tema a solucionar la definición de roles de los promotores de salud que se involucran en las actividades de vigilancia y rociado; lo cual se ha podido aclarar a través de talleres realizados desde el 2008 al 2010, en los 6 sitios piloto, organizando los roles de los actores involucrados al sistema de vigilancia y socializándose con las personas relacionadas.

Se realizó también, el estudio sobre la Transmisión congénita (de madre a feto) de la Enfermedad de Chagas (noviembre de 2009 a octubre de 2010) por primera vez en El Salvador. Al igual que se apoyo al Hospital Nacional Rosales en el estudio de cardiopatías de la Enfermedad de Chagas¹ (de Junio a Octubre de 2010).

En estos momentos está en implementación la encuesta serológica a los niños de centros escolares de los 7 departamentos objeto del Proyecto (desde Octubre de 2010) para contribuir a la base de datos de estudios serológicos a nivel nacional. para responder a la notificación de triatominos

Al 100% de las notificaciones de Triatominos por parte de la comunidad se les esta dando respuesta que incluyen actividades de promoción , educación y rociado de insecticida piretroide de acción residual. Además, los resultados de la evaluación de desempeño de las actividades son socializadas entre los departamentos objeto del Proyecto y otros departamentos a través de evaluaciones semestrales. La comparación entre los departamentos permite verificar el avance propio, siendo efectiva para acelerar el proceso del sistema de vigilancia, motivando a cada uno de los departamentos participantes.

Por otro lado, existen retos también para poder obtener logros en los resultados, en especial al rociado de insecticidas es importante dar cumplimiento a lo establecido en la Norma. En la evaluación Post-

rociamiento también es necesario confirmar el impacto, asegurando la calidad del rociado y análisis de los resultados

Avances en actividades de Resultado Esperado 2

	Actividades	Avances
2-1	<p>En las comunidaes seleccionadas, llevar a cabo los censos de : (i) seroprevalencia en niños menores de 16 años; (ii) índice de infestación domiciliar; e (iii) índice de infección natural, para examinar científicamente el umbral para la interrupción de transmisión de la enfermedad de Chagas por <i>T.dimidiata</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En 2008 se realizó el primer estudio del umbral de <i>T. dimidiata</i> en los 7 departamentos objeto, en 29 caserios, 1,700 viviendas y 2,821 niños menores de 16 años. El índice infestación domiciliar fue de 24.2% y el índice de seroprevalencia en menores de 16 años fue de 1.1%. ➤ El segundo estudio serológico está siendo implementado desde Agosto de 2010, en las mismas áreas y a los mismos niños. A finales de Noviembre del 2010, se ha finalizado con la toma de muestras de 2,271 niños en 1,566 viviendas. El índice de infestación domiciliar del vector es de 12.5% y el análisis serológico se está realizando actualmente. ➤ La seroprevalencia obtenida en la encuesta serológica realizada en los 3 departamentos del Occidente, a niños de 5 a15 años (Oct. 2009 a Mar. 2010) fue de 2.2% 46/2,980 . De los cuales 0.8% 12/1,482 corresponde a área de 4 municipios de l departamento de Santa Ana limítrofes con Guatemala. ➤ El estudio serológico que en este momento se está realizando en los 7 departamentos no objeto del Proyecto (Nov. 2010 a Feb. 2011) en niños entre 5 a 15 años, ya finalizó en 3 departamentos (La Unión, San Salvador y Chalatenango) cuyo índice de seroprevalencia inicial es de 0.4% 5/1,396 . ➤ El tamisaje de <i>T. cruzi</i> en los bancos de sangre se realiza en un 100%. La seroprevalencia en 2009 fue de 1.9%, lo que indica que la tendencia está a la baja. ➤ En comparación con otros países de la región, la identificación de pacientes agudos está avanzada y se realizan tratamientos de manera consistente. ➤ El estudio de transmisión congénita Nov. 2009 - Oct. 2010 arrojó como resultado 33 embarazadas positivas 3.4% de las 957 examinadas. De los 30 neonatos de mujeres seropositivas, 6 (20%) presentaron la infección congénita. ➤ En el estudio de cardiopatías chagásicas (Jun. a Oct. de 2010) de los 481 pacientes examinados por afecciones cardiovasculares 77 16.0% presentaron positividad a <i>T. cruzi</i>.
2-2	<p>Definir el rol y la responsabilidad de los actores involucrados en el sistema de vigilancia con participación comunitaria en las áreas piloto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A través de talleres realizados entre 2008 y 2010 se han ordenado los roles de los actores en las 6 áreas piloto². ➤ El Ministerio de Salud ha planificado instalar un nuevo modelo de atención primaria llamado Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS Familiares) que consta de médico, enfermera, auxiliar de enfermería, promotores de salud y polivalente, como el equipo de servicio. Y se propone cubrir los 262 municipios del país hasta 2014. A partir de Junio del 2010 comenzó la implementación en 74 municipios y actualmente se encuentra en pleno periodo de transición en salud

		comunitaria. En ECOS Familiares también está incluido el control de la Enfermedad de Chagas, como temas básicos de implementación.
2-3	Elaborar y aplicar métodos de evaluación del desempeño del sistema de vigilancia con participación comunitaria en las áreas piloto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dentro del PAO de 2010 no se ha incluido el tema de la evaluación del desempeño. ➤ En la reunión anual de IPCA existe la obligación de reportar el porcentaje de cobertura de la vigilancia entomológica y la calidad de las actividades de vigilancia en la respuesta a notificación de triatominos a través de actividades educativas y de rociamiento. ➤ En la revisión de la Norma y PAO de 2011 para el Control de la Enfermedad de Chagas, se definió incluir el índice de desempeño del sistema (respuestas a notificación de triatominos del año anterior). ➤ En las localidades piloto de los 3 departamentos occidentales el porcentaje de implementación de actividades como de educación y rociado en respuesta a la notificación de triatominos fue de 100%.
2-4	Realizar capacitación de acuerdo con los resultados de la evaluación del desempeño	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A través de evaluaciones semestrales y la visita a localidades piloto, se está propiciando la continuidad de los sistemas de vigilancia con la participación comunitaria. ➤ Invitando al Experto, quien ha contribuido a la interrupción de la Enfermedad de Chagas por transmisión vectorial en Sudamérica y que ha sido el Coordinador Regional para el control de la Enfermedad de Chagas, se llevó a cabo el taller sobre el “Establecimiento del Sistema de Vigilancia con Participación Comunitaria” (Agosto de 2010) con la participación de 60 funcionarios de los 7 SIBASI objeto del Proyecto.

Avances del Resultado Esperado 2

Indicadores verificables		Avances
2-1	Porcentaje de respuesta a notificación de captura de triatominos por parte de la población. (Meta 50%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A noviembre del 2010, el segundo Estudio del Umbral de <i>T. dimidiata</i> está avanzando sin problemas. ➤ La respuesta a la notificación de triatominos en la implementación de actividades educativas y de rociado, es de <u>100%</u>.

3) Resultado Esperado 3: “Se fortalecen las actividades de educación y promoción para el control de la Enfermedad de Chagas”

Las actividades del Resultado Esperado 3 también se ha venido implementando según lo planeado. El monitoreo por el nivel central del Ministerio de Salud, se realiza de manera periódica y según las necesidades de campo, lograndose el número de monitoreo de la meta (6 por año). No obstante, es importante continuar con el fortalecimiento de monitoreo – evaluación – análisis.

Con relación a la capacitación del personal de salud, se ha llevado a cabo un curso de diplomado en Entomología Médica en coordinación y colaboración con la Universidad de El Salvador. Los participantes a este curso, realizaron la encuesta entomológica de *Rhodnius prolixus* (en adelante “*R. prolixus*”) a nivel de todo el país para confirmar la eliminación de este vector. Lo que ha contribuido altamente a la Certificación de la Eliminación de *R. prolixus* por la OPS en 2010, demostrando la efectividad de la capacitación. A través del Proyecto se ha procurado también en la formación y capacitación del personal de la salud a través de cursos de capacitación en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad para médicos de segundo y tercer nivel de atención, así como talleres sobre el establecimiento del sistema de vigilancia con participación comunitaria, a funcionarios de SIBASI.

A través de la inclusión del tema de control de la Enfermedad de Chagas en el libro de texto del sexto grado de educación primaria; la firma de Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación (en adelante “MINED”) para la Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas; la oficialización del Día Nacional de la Enfermedad de Chagas; la cooperación con el Viceministerio de Ciencia y Tecnología, MINED, ha hecho que la cooperación entre el Ministerio de Salud y MINED se fortalezca.

Avance de actividades del Resultado Esperado 3

	Actividades	Avances
3-1	Realizar capacitación continua sobre la prevención y control de la enfermedad de Chagas a los actores que trabajan en el sector salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En el curso de Diplomado en Entomología Médica realizado en colaboración con la Universidad de El Salvador (febrero a diciembre del 2009) participaron 40 técnicos del Ministerio de Salud de 17 SIBASI y estudiaron sobre el control epidemiológico de enfermedades como Chagas, Malaria, Dengue y Leishmaniasis. ➤ El curso arriba mencionado ha sido repetido para 3 departamentos del oriente del país (Usulután, San Miguel y La Unión), participando 120 personas entre técnicos de vectores y supervisores de promotores de salud (Abril - Noviembre del 2010) ➤ Se ha invitado a Expertos Regionales de Brasil y de EE.UU. quienes realizaron el curso de diagnóstico y tratamiento a 260 médicos de segundo y tercer nivel de atención de todo el país (Febrero de 2010), y el taller sobre el establecimiento del sistema de vigilancia con participación comunitaria para 60 funcionarios de 7 departamentos objeto del Proyecto (Agosto de 2010). ➤ Se realizó el curso básico para el control de la Enfermedad de Chagas a 40 médicos de áreas prioritarias del departamento de Morazán, donde funciona el nuevo modelo de ECOS Familiares a partir de Junio del 2010. ➤ A la capacitación en Argentina “Curso de Mejora en Aspectos Clínicos y Terapéuticos de la Miocardiopatía Chagásica” (Octubre de 2010) participaron 4 médicos especialistas cardiovasculares de segundo y tercer nivel de atención de salud. Al regreso de estos especialistas, en la presentación del informe en el Ministerio de Salud, la Ministra ha manifestado el respaldo para establecer unidades de atención cardiovascular para la Enfermedad de Chagas en estos niveles de atención.

3-2	Continuar las actividades educativas sobre el control de la enfermedad de Chagas en coordinación con el Ministerio de Educación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En 2008, participaron 668 escuelas 71.9 del total en actividades educativas para el control de la Enfermedad de Chagas. ➤ Con la oficialización del “Día Nacional de Chagas (Julio de 2009) participó en el evento más de 33% de escuelas; para el año 2010 se registró la participación de 100% de escuelas (más de 5,000) en las actividades asociadas a este evento. ➤ El “Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación para la Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas” (firmado en Marzo del 2010), ha fortalecido significativamente la educación preventiva en las escuelas, a nivel nacional. ➤ Con base en el Convenio arriba mencionado, se han distribuido rotafolios y afiches a todas las escuelas públicas del país. Para lo cual, se ha realizado capacitación en 600 centros educativos en donde participaron 15,000 personas de padres de familia y 5,000 maestros. ➤ El Ministerio de Salud a través de la Unidad de Promoción de Salud realizaron la capacitación a 350 asesores pedagógicos de 14 departamentos (Agosto, Septiembre de 2010). ➤ El MINED ha producido el Video educativo sobre el Control de la Enfermedad de Chagas, reproduciéndose a través de JICA 400 copias para entregar al MINED. ➤ El material educativo elaborado por el Ministerio de Salud, MINED y UNICEF a ser distribuido en las escuelas públicas de todo el país, incluye el tema sobre la Enfermedad de Chagas (5 páginas).
3-3	Promover actividades de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) a través de los medios de comunicación social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El video animado "Niños sin Chagas" se ha transmitido repetidamente a través de la Televisora Nacional. ➤ Se han transmitido la información de la enfermedad de Chagas a través de Videos, entrevista de televisión, artículos publicados en periódicos y cuñas radiales.
3-4	Promover las actividades de control de la enfermedad de Chagas en colaboración con otros actores: (ejemplo: mejoramiento de vivienda)	FUNDASAL está implementando desde Noviembre del 2009 el proyecto para el mejoramiento de viviendas en el departamento de Santa Ana, con la coordinación con el Ministerio de Salud. La misma fundación patrocinó el “Foro para el control de la Enfermedad de Chagas” (Oct. 2010) realizándose presentaciones por la Experta del Proyecto, 2 Contrapartes del Ministerio de Salud y el Asesor del Proyecto.

Avances del Resultado Esperado 3

Indicadores verificables		Avances
3-1	Número de monitoreos realizados en las actividades educativas por el personal de nivel central (6 por año)	El número de monitoreos está cumpliéndose por parte del nivel central del Ministerio de Salud. No obstante, es necesario continuar con el fortalecimiento en Monitoreo-Evaluación-Análisis.
3-2	Número de escuelas participantes en	➤ En 2009, al establecerse el “Día Nacional de Chagas”,

	actividades educativas sobre el control de la enfermedad de Chagas	Un tercio de las escuelas públicas participaron en la campaña promocional, y en 2010, gracias al “Convenio ” firmado por el Ministerio de Salud y MINED, prácticamente el 100% de las escuelas públicas participaron en la campaña.
--	--	---

4) Resultado Esperado 4 : “Se introduce el sistema de vigilancia con participación comunitaria en las áreas de alto riesgo fuera de las áreas piloto de la Región Occidental, por iniciativa del Ministerio de Salud (a nivel central, regional, de SIBASI y local).”

El sistema de vigilancia se ha iniciado en toda el área de los 3 departamentos occidentales y comenzaron a introducirse también en las regiones central y oriente, por lo que se prevé el logro del Resultado Esperado 4. La evaluación de desempeño establecida en el Resultado Esperado 2, tiene prevista realizar el monitoreo en las evaluaciones trimestrales de la Programación Anual Operativa. No obstante, las informaciones no llegan al nivel central de manera periódica. En adelante existe la necesidad de fortalecer aun más el monitoreo-evaluación-análisis de informaciones. Por otro lado, como en la Región Central y Oriental no hay suficiente conocimiento y experiencia sobre el sistema de vigilancia en comparación a la Región Occidental, es necesario continuar con capacitaciones y monitoreo para que el sistema se arraigue.

Avances en actividades de Resultado Esperado 4

	Actividades	Avances
4-1	Analizar el proceso de desarrollo del sistema de vigilancia con participación comunitaria, considerando tipos de actores y características entomológicas, epidemiológicas y socioeconómicas de las áreas piloto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se han resumido los análisis, conocimientos y experiencias sobre el sistema de vigilancia con participación comunitaria de Honduras y El Salvador y se presentó en la reunión anual 2010 de IPCA. ➤ A través de PAO del control de la Enfermedad de Chagas y el “Sistema Estadístico de Producción de Servicio” se ha ordenado la base para el establecimiento del sistema de vigilancia a nivel nacional. El reto a futuro sería la sistematización de monitoreo y evaluación de manera periódica. ➤ Se han analizado los “factores para el fortalecimiento del sistema de vigilancia con participación comunitaria” a través del taller impartido por el Experto de Sistema de Salud.
4-2	Diseñar el plan de implementación del sistema de vigilancia con participación comunitaria en las áreas de alto riesgo con base en el análisis	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En toda el área de los 3 departamentos de la Región Occidental las comunidades participan en el sistema de vigilancia. ➤ En la Región Central y Oriental se están introduciendo sistemas de vigilancia con localidades que finalizaron con el primer ciclo de rociado y comenzaron con las notificación de triatominos.
4-3	Introducir el sistema de vigilancia con participación comunitaria en las áreas de alto riesgo y evaluar su desempeño utilizando los métodos desarrollados en 2-3	En 2010, las notificaciones provenientes de 821 caserios de 7 departamentos y se realizaron la respuesta en un 100%. Cuadro 8. No. de Municipios, Cantones y caserios con el sistema de Vigilancia con Participación Comunitaria.

		Departamento	No. de Municipios con				No. de Cantones con				No. de Caseríos con Sistema			
			2008		2009	2010	2008		2009	2010	2008		2009	2010
			Inicio	Finalizo			Inicio	Finalizo			Inicio	Finalizo		
		Ahuachapán	3	11	11	11	2	78	86	69	2	131	161	148
		Santa Ana	3	7	12	13	3	32	78	92	3	43	78	93
		Sonsonate	1	15	15	15	1	40	70	65	1	69	128	108
		La Libertad	0	0	0	11	0	0	0	50	0	0	0	230
		Usulután	0	15	23	23	0	52	125	76	0	63	191	90
		San Miguel	0	0	11	11	0	0	16	35	0	0	20	40
		Morazán	0	0	0	26	0	0	0	103	0	0	0	112
		Total	7	48	72	110	6	202	375	490	6	306	578	821

4-4	Implementar capacitación de acuerdo con los resultados de la evaluación de desempeño	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se realizó el taller sobre el sistema de vigilancia con participación comunitaria impartido por el Experto de EE.UU. a 60 funcionarios de los 7 SIBASI objeto del Proyecto. ➤ En la “Norma para el Control de la Enfermedad de Chagas”, actualmente en revisión, está enfocándose en el sistema de vigilancia con participación comunitaria. Por lo que después de la finalización de la revisión se procurará fortalecer el sistema de vigilancia a través de la capacitación y la difusión de la Norma antes mencionada.
-----	--	---

Avances del Resultado Esperado 4

Indicadores verificables		Avances
4-1	Número de cantones en que se introdujo el sistema de vigilancia con participación comunitaria	En 7 departamentos, el sistema de vigilancia con participación comunitaria se ha introducido en 110 municipios, en 490 cantones y en 821 caseríos, en el año 2010.

5) Resultado Esperado 5 : “Se comparten experiencias y conocimientos del control de la enfermedad de Chagas entre los departamentos objeto del Proyecto” .

Las actividades con miras a lograr el Resultado Esperado 5, también se implementaron sin problemas.

Además del paquete básico de herramientas para el control de la Enfermedad de Chagas, el Proyecto ha desarrollado una serie de materiales educativos y promocionales, con el objetivo de fortalecer el sistema de vigilancia con participación comunitaria. También se realizó la socialización de experiencias y conocimientos a través de evaluaciones semestrales y seminarios diversos.

Con la oportunidad de realizar el curso de Diplomado en Entomología Médica para los técnicos de control vectorial en los 17 SIBASI del país, se están desarrollando a nivel nacional, capacitaciones, encuestas serológicas y estudio de índices de infestación de triatominos. Acompañando a esta situación, las experiencias y conocimientos desarrollados por el Proyecto están siendo socializados a otros departamentos que no son objeto del Proyecto. Las encuestas entomológicas y serológicas que en estos momentos se están realizando a nivel nacional, vendrán a ser datos de línea basal muy importantes para evaluar la intervención con insecticidas, años después. Aprovechando el fondo contravalor de la Embajada del Japón, se prevé la provisión de 300 bombas a departamentos que no son objeto del Proyecto, en febrero del 2011, de modo que se promueva el control vectorial en estos departamentos .

En el futuro, se planea realizar seminarios organizados por el Ministerio de Salud para la socialización de la Norma para el Control de la Enfermedad de Chagas y el Manual para el Rociamiento de Insecticidas.

Avances en actividades del Resultado Esperado 5

Actividades		Avances
5-1	Desarrollar un paquete de herramientas para el control de la enfermedad de Chagas (ejemplo: lineamientos de operación, herramientas de monitoreo y evaluación, materiales para CCC (Comunicación para el Cambio de Comportamiento), materiales para capacitación, etc.) con base en las experiencias y los conocimientos obtenidos en los departamentos objeto del Proyecto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La socialización de experiencias y conocimientos se desarrollan a nivel nacional a través de talleres, capacitaciones sobre temas diversos, cursos de diplomado en entomología médica, entre otros. ➤ Se ha entregado el material necesario para establecer el sistema de vigilancia con participación comunitaria según PAO para el control de la Enfermedad de Chagas a los técnico de vectores, promotores de salud y técnicos en Salud Ambiental a nivel nacional: 1) Tarjeta de chiche, tarjeta de síntoma de pacientes agudos; 2) Llavero de triatomino con correa sujetadora; 3) Mini-rotafolio; 4) Pinza; 5) Lámpara. ➤ En colaboración con el Ministerio de Salud y OPS se elaboraron 6 carteles enrollado con base en la historia, experiencias y conocimientos del control de la Enfermedad de Chagas en El Salvador. Y Se avanza con la edición del libro sobre “Antecedentes Históricos de la Enfermedad de Chagas en El Salvador”
5-2	Realizar seminarios para socializar conocimientos entre los departamentos objeto del Proyecto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En coordinación con la Unidad de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud se ha realizado la capacitación en control de la Enfermedad de Chagas a supervisores de promotores de salud de los 17 SIBASI. Así como orientación para la utilización del paquete básico del sistema de vigilancia entregados. ➤ En coordinación con la Unidad de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, se organizó la capacitación introductoria del control de la Enfermedad de Chagas a supervisores pedagógicos de los 14 departamentos para enseñar la utilización de los materiales educativos donados a todas las escuelas públicas del país. ➤ Se planea realizar seminarios de difusión de la Norma (actualmente en revisión) y del Manual para el Rociado de Insecticidas, por la iniciativa del Ministerio de Salud a nivel nacional. ➤ En evaluaciones semestrales, se socializan las informaciones a través de presentaciones por parte de los departamentos objeto del Proyecto, sobre el avance de actividades y problemáticas a resolver. También asisten departamentos que no son objeto del Proyecto, para compartir las experiencias y conocimientos de los 7 departamentos.

Avances del Resultado Esperado 5

Indicadores verificables		Avances
5-1	Número de seminarios realizados (2 por año)	El número de actividades educativas realizadas con la asistencia del Proyecto (durante la fase 2) son los siguientes : Taller sobre el sistema de vigilancia comunitaria (33) Curso de Diplomado en Entomología Médica (33) Capacitación previa a la encuesta serológica (34) Cursos de capacitación en diagnóstico y tratamiento (6) Cursos de capacitación coordinada con MINED (8)
5-2	Un paquete de herramientas para el control de la enfermedad	Las herramientas para el monitoreo y evaluación, materiales educativos y materiales para la capacitación están desarrollados.

	de Chagas (ejemplo: lineamientos de operación, herramientas de monitoreo y evaluación, materiales de comunicación para el cambio de conducta, materiales para la capacitación)	En adelante hace falta complementar la elaboración del Manual de rociamiento de insecticidas como guía práctica de implementación y la “Norma Técnica de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas”, para su difusión e implementación.
--	--	---

3-3. Proyección para el logro del Objetivo del Proyecto y el Objetivo Superior

- (1) Objetivo del Proyecto: “En los departamentos objeto del Proyecto se han extendido las áreas en fase de ataque y el sistema de vigilancia con participación comunitaria en las áreas en fase de mantenimiento se ha establecido.”

En cuanto a la situación del logro del Objetivo del Proyecto sobre la introducción del sistema de vigilancia, se inició con 6 municipios de 3 departamentos, y se extendió gradualmente a los 110 municipios y 7 departamentos objeto del proyecto. Especialmente, en 3 departamento en la fase de mantenimiento, donde 100% de los municipios están participando en el sistema de vigilancia. Además se destaca que la respuesta a la notificación de triatomino por parte del personal de Salud es al 100%. Lo anterior ha sido posible debido a esfuerzo conjunto de instituciones y la comunidad misma, en el desarrollo de estrategias de promoción y educación enfocados al fortalecimiento de acciones de prevención y control de la enfermedad de Chagas. Por el rociado de insecticida, según los datos del 2003 al 2010, se observó la reducción del índice de infestación domiciliar promedio de *T. dimidiata* del 21.0% al 8.8%. Así mismo, el resumen de resultados de la encuesta entomológica del estudio del Umbral de *T. dimidiata* que fue realizado en 2008 y 2010 mostró la reducción del índice de infestación domiciliar del 24.1% al 12.5%. Sin embargo, se han obtenido logros hasta del 0%. Al mismo tiempo, en algunas localidades existen riesgos de reinfestación por lo que se debe de reevaluar la metodología de la estrategia del control aplicada, y mantener la vigilancia de manera sostenible.

Con la designación del Coordinador a nivel nacional, puede esperarse la sostenibilidad de los logros del Proyecto.

	Indicadores verificables	Avances
1	Número de cantones en que se introdujo el sistema de Vigilancia con Participación Comunitaria (20%)	En 7 departamentos, el sistema de vigilancia con participación comunitaria se ha introducido en 110 municipios (82.7% de cobertura de 133 municipios existentes), en <u>490 cantones (45.7% de cobertura de 1,072 cantones existentes)</u> y en 821 caseríos (13.8% de cobertura de 5,936 caseríos existentes) en el año 2010, por lo tanto, este indicador se ha logrado.
2	Porcentaje de respuesta a notificación de captura de triatomino por parte de la población. (Meta: 50%)	El número de notificaciones de captura de triatomino por parte de la población fue: 624 en 2008, 1,441 en 2009 y 1,815 en 2010, y la respuesta fue al <u>100%</u> por medio de la educación o el rociado.
3	La seroprevalencia entre los niños menores de 16 años (cerca a 0%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En 2008, la seroprevalencia en cantones donde se realizaron el primer estudio del umbral de <i>T. dimidiata</i> fue de 1.1% (30/2,706) ➤ En el segundo estudio del umbral del 2010, ya se completaron la toma de muestras de 2,271 niños y actualmente está siendo analizadas.

4	Reducción del índice de infestación domiciliar de <i>T.dimidiata</i> (5%)	<p>➤ El impacto del rociamiento fue evaluado por el índice de infestación domiciliar de los resultados de la encuesta basal y la evaluación de post-rociado. Cuyo resultado mostró que redujo del 21.0 % (5,304/25,302) al 8.8% (838/9,477).</p> <p>Cuadro 9. Impacto de intervención por rociado en 7 departamentos (2003-2010)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Región</th> <th rowspan="2">SIBASI</th> <th colspan="3">Basal</th> <th colspan="3">Evaluación</th> </tr> <tr> <th>No. viviendas Encuestadas</th> <th>No. viviendas Positivas</th> <th>% I.C.</th> <th>No. viviendas Encuestadas</th> <th>No. viviendas Positivas</th> <th>% I.C.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Occidente</td> <td>Ahuachapán</td> <td>4,894</td> <td>1,200</td> <td>24.5</td> <td>2,235</td> <td>84</td> <td>3.8</td> </tr> <tr> <td>Sonsonate</td> <td>7,374</td> <td>2,337</td> <td>31.7</td> <td>4,200</td> <td>554</td> <td>13.2</td> </tr> <tr> <td>Santa Ana</td> <td>6,724</td> <td>1,172</td> <td>17.4</td> <td>470</td> <td>26</td> <td>5.5</td> </tr> <tr> <td>Total Occidente</td> <td>18,992</td> <td>4,709</td> <td>24.8</td> <td>6,905</td> <td>664</td> <td>9.6</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Central</td> <td>La Libertad</td> <td>201</td> <td>15</td> <td>7.5</td> <td>175</td> <td>8</td> <td>4.6</td> </tr> <tr> <td>Total Central</td> <td>201</td> <td>15</td> <td>7.5</td> <td>175</td> <td>8</td> <td>4.6</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Oriental</td> <td>Usulután</td> <td>4,841</td> <td>204</td> <td>4.2</td> <td>751</td> <td>33</td> <td>4.4</td> </tr> <tr> <td>San Miguel</td> <td>626</td> <td>267</td> <td>42.7</td> <td>665</td> <td>93</td> <td>14.0</td> </tr> <tr> <td>Morazán</td> <td>642</td> <td>109</td> <td>17.0</td> <td>981</td> <td>40</td> <td>4.1</td> </tr> <tr> <td>Total Oriente</td> <td>6,109</td> <td>580</td> <td>9.5</td> <td>2,397</td> <td>166</td> <td>6.9</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Total</td> <td>25,302</td> <td>5,304</td> <td>21.0</td> <td>9,477</td> <td>838</td> <td>8.8</td> </tr> </tbody> </table> <p>➤ En índice de infestación domiciliar de la encuesta entomológica del estudio del Umbral de <i>T. dimidiata</i> era de 24.2% 412/1,705 en 2008 y 12.5% (196/1,566) en 2010.</p> <p>Cuadro 10. Resumen de la encuesta entomológica del estudio del Umbral de <i>T. dimidiata</i> o en 7 departamentos (2008 y 2010)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Departamento</th> <th>No. Viviendas Encuestas 2008</th> <th>No. Viviendas positivas</th> <th>% I.C.</th> <th>No. Viviendas Encuestas 2010</th> <th>No. Viviendas positivas</th> <th>% I.C.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ahuachapán</td> <td>292</td> <td>54</td> <td>18.5</td> <td>276</td> <td>32</td> <td>11.6</td> </tr> <tr> <td>Santa Ana</td> <td>368</td> <td>78</td> <td>21.2</td> <td>309</td> <td>37</td> <td>12.0</td> </tr> <tr> <td>Sonsonate</td> <td>168</td> <td>53</td> <td>31.5</td> <td>139</td> <td>17</td> <td>12.2</td> </tr> <tr> <td>La Libertad</td> <td>180</td> <td>57</td> <td>31.7</td> <td>137</td> <td>45</td> <td>32.8</td> </tr> <tr> <td>Usulután</td> <td>194</td> <td>34</td> <td>17.5</td> <td>216</td> <td>8</td> <td>3.7</td> </tr> <tr> <td>San Miguel</td> <td>193</td> <td>88</td> <td>45.6</td> <td>195</td> <td>33</td> <td>16.9</td> </tr> <tr> <td>Morazán</td> <td>310</td> <td>48</td> <td>15.5</td> <td>294</td> <td>24</td> <td>8.2</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>1,705</td> <td>412</td> <td>24.2</td> <td>1,566</td> <td>196</td> <td>12.5</td> </tr> </tbody> </table>	Región	SIBASI	Basal			Evaluación			No. viviendas Encuestadas	No. viviendas Positivas	% I.C.	No. viviendas Encuestadas	No. viviendas Positivas	% I.C.	Occidente	Ahuachapán	4,894	1,200	24.5	2,235	84	3.8	Sonsonate	7,374	2,337	31.7	4,200	554	13.2	Santa Ana	6,724	1,172	17.4	470	26	5.5	Total Occidente	18,992	4,709	24.8	6,905	664	9.6	Central	La Libertad	201	15	7.5	175	8	4.6	Total Central	201	15	7.5	175	8	4.6	Oriental	Usulután	4,841	204	4.2	751	33	4.4	San Miguel	626	267	42.7	665	93	14.0	Morazán	642	109	17.0	981	40	4.1	Total Oriente	6,109	580	9.5	2,397	166	6.9	Total		25,302	5,304	21.0	9,477	838	8.8	Departamento	No. Viviendas Encuestas 2008	No. Viviendas positivas	% I.C.	No. Viviendas Encuestas 2010	No. Viviendas positivas	% I.C.	Ahuachapán	292	54	18.5	276	32	11.6	Santa Ana	368	78	21.2	309	37	12.0	Sonsonate	168	53	31.5	139	17	12.2	La Libertad	180	57	31.7	137	45	32.8	Usulután	194	34	17.5	216	8	3.7	San Miguel	193	88	45.6	195	33	16.9	Morazán	310	48	15.5	294	24	8.2	Total	1,705	412	24.2	1,566	196	12.5
Región	SIBASI	Basal			Evaluación																																																																																																																																																											
		No. viviendas Encuestadas	No. viviendas Positivas	% I.C.	No. viviendas Encuestadas	No. viviendas Positivas	% I.C.																																																																																																																																																									
Occidente	Ahuachapán	4,894	1,200	24.5	2,235	84	3.8																																																																																																																																																									
	Sonsonate	7,374	2,337	31.7	4,200	554	13.2																																																																																																																																																									
	Santa Ana	6,724	1,172	17.4	470	26	5.5																																																																																																																																																									
	Total Occidente	18,992	4,709	24.8	6,905	664	9.6																																																																																																																																																									
Central	La Libertad	201	15	7.5	175	8	4.6																																																																																																																																																									
	Total Central	201	15	7.5	175	8	4.6																																																																																																																																																									
Oriental	Usulután	4,841	204	4.2	751	33	4.4																																																																																																																																																									
	San Miguel	626	267	42.7	665	93	14.0																																																																																																																																																									
	Morazán	642	109	17.0	981	40	4.1																																																																																																																																																									
	Total Oriente	6,109	580	9.5	2,397	166	6.9																																																																																																																																																									
Total		25,302	5,304	21.0	9,477	838	8.8																																																																																																																																																									
Departamento	No. Viviendas Encuestas 2008	No. Viviendas positivas	% I.C.	No. Viviendas Encuestas 2010	No. Viviendas positivas	% I.C.																																																																																																																																																										
Ahuachapán	292	54	18.5	276	32	11.6																																																																																																																																																										
Santa Ana	368	78	21.2	309	37	12.0																																																																																																																																																										
Sonsonate	168	53	31.5	139	17	12.2																																																																																																																																																										
La Libertad	180	57	31.7	137	45	32.8																																																																																																																																																										
Usulután	194	34	17.5	216	8	3.7																																																																																																																																																										
San Miguel	193	88	45.6	195	33	16.9																																																																																																																																																										
Morazán	310	48	15.5	294	24	8.2																																																																																																																																																										
Total	1,705	412	24.2	1,566	196	12.5																																																																																																																																																										

2) Avance del Objetivo Superior: “Se reduce significativamente la transmisión de la enfermedad de Chagas por *T.dimidiata*”

En el cuadro que se muestra abajo, puede verse la situación de la tendencia de la disminución del índice de infestación hacia el logro del Objetivo Superior.

Después de 3 a 5 años de la terminación del Proyecto, para poder lograr en El Salvador el Objetivo

Superior, se deberá fortalecer el control de la Enfermedad de Chagas en los departamentos que no son objeto del Proyecto. Para este fin, además de implementar las actividades de acuerdo a la Norma, es necesario fortalecer la formación y capacitación del personal de salud que se involucran en el control y la vigilancia de esta enfermedad. En caso que la parte salvadoreña continúa con la implementación capacitaciones y orientaciones técnicas, así como con la utilización de herramientas y formatos desarrollados por el Proyecto, asignando personal necesario y presupuestos adecuados, es de esperar que el sistema de vigilancia con participación comunitaria se establecerá y se extenderá contribuyendo para lograr el Objetivo Superior.

Indicadores verificables		Avances
1	La seroprevalencia entre los niños menores de 16 años (cerca a 0%)	En el momento de la presente Evaluación Final, se está realizando el análisis de las 2,271 muestras serológicas recolectadas en el segundo Estudio del Umbral de <i>T. dimidiata</i> . Así mismo, se desarrolla otro estudio serológico en los 7 departamentos (10 SIBASI) que no son objeto del Proyecto, con el cual se obtendrán los datos basales de todo el país.
2	Reducción del índice de infestación domiciliar de <i>T. dimidiata</i> (5%)	Durante el periodo del 2003 al 2010, por el rociado de insecticida, se observó la reducción del índice de infestación domiciliar promedio de <i>T. dimidiata</i> del 21.0% al 8.8%. Como resultado del estudio del Umbral de <i>T. dimidiata</i> realizado en 2008 y 2010, mostró el resultado en índice de infestación domiciliar que redujo del 24.2% al 12.5%.

3-4. Proceso de implementación del Proyecto

1) El esquema de implementación del Proyecto y el monitoreo de las actividades

El presente Proyecto, consta de la asignación de dos expertos a largo plazo (Administración del Proyecto, y Control de la Enfermedad de Chagas) en el nivel central del Ministerio de Salud, el fortalecimiento de diversos campos a través del envío de expertos regionales a corto plazo, la capacitación en Argentina, la provisión de equipos, entre otros, ha logrado maximizar los efectos producidos. Por otro lado, los jóvenes voluntarios japoneses asignados en los diferentes SIBASI también contribuyeron a las actividades de vigilancia y control de la Enfermedad de Chagas, principalmente con sus aportes en actividades educativas.

Las actividades del Proyecto se implementan según la Matriz de Diseño del Proyecto (PDM) y a través de evaluaciones semestrales, la parte salvadoreña (contraparte a nivel central y SIBASI) realiza la revisión de las actividades realizadas y planifica las del siguiente semestre. Además en estas evaluaciones también se comparten herramientas y materiales desarrollados, así como las informaciones. El resumen de estas evaluaciones se presenta al Comité de Coordinación Conjunta (CCC: tercera sesión al momento de la Evaluación Final) para ser aprobado por sus miembros.

2) Desarrollo de Capacidades

La transferencia de tecnología realizada desde principios del Proyecto, fueron implementados casi en su mayoría al momento de esta Evaluación, de modo que la capacidad de la contraparte salvadoreña para el control de la Enfermedad de Chagas está aumentándose consistentemente. Para responder a la propuesta de la Revisión Intermedia de fortalecer el tratamiento a pacientes, se ha implementado el curso de “Mejora de Aspectos Clínicos y Terapéuticos de la Miocardiopatía Chagásica” en capacitación en Argentina, así como también la venida de los expertos de Brasil y Argentina, donde el control de esta enfermedad está más avanzada, han contribuido al fortalecimiento de capacidades de las contrapartes salvadoreñas. Por otro lado, se ha invitado también a una experta de Guatemala para el control del vector a través del conocimiento de la biología de triatomíneos y la implementación del mejoramiento de viviendas.

3) Compromiso de la parte salvadoreña.

La Ministra de Salud que ha tomado posesión desde Junio del 2009, es la primera autoridad en el control de la Enfermedad de Chagas en El Salvador, siendo el motor principal del progreso logrado por el Proyecto, aceptando ser la Directora del Proyecto en el momento de la Revisión Intermedia. Por otro lado, el avance en la cooperación interinstitucional en el control de esta enfermedad a través de la firma del Convenio entre el El Ministerio de Salud y MINED en Marzo del 2010, demuestra el alto compromiso por parte del gobierno salvadoreño. Además la actitud altamente comprometida de los técnicos de vectores, promotores de salud y voluntarios comunitarios también están contribuyendo al fortalecimiento del sistema de vigilancia con participación comunitaria.

4) Colaboración con los Jóvenes Voluntarios Japoneses de Cooperación en el Exterior (JOCV)

En los SIBASI están trabajando los Jóvenes Voluntarios Japoneses asignados y están contribuyendo a las actividades de educación y promoción para el control de la Enfermedad de Chagas y proporcionan información del nivel comunitario que los expertos no pueden obtener fácilmente. Así mismo, el Proyecto ha facilitado la realización mesas de trabajo de estos voluntarios. A la vez, se ha dado el apoyo adicional para la realización del “Curso Regional para el Control de la Enfermedad de Chagas” con sus cotrapartes de Honduras, Guatemala y Nicaragua.

5) Cooperación Regional

A) Coordinación y cooperación entre los Proyectos de JICA

La situación de la implementación de los proyectos para el control de la Enfermedad de Centroamérica, se muestra en el siguiente cuadro.

	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua
Fase 1	2002-2005	2003-2007	2003-2007	2009-2014
Fase 2	2009-2012	2008-2011	2008-2011	

En el presente Proyecto se utilizan las experiencias y conocimientos desarrollados en proyectos de otros países. Los materiales educativos y promocionales desarrollados en cada país se socializan y se comparten entre los Proyectos, utilizándose en cada país, después de adaptar según sus necesidades. Especialmente existe una buena coordinación con el Proyecto de Honduras que se ha iniciado al mismo tiempo, presentando en la reunión anual de IPCA los resultados de análisis comparativos entre los dos países sobre el sistema de vigilancia en los sitios piloto.

B) Reunión anual de IPCA

La Iniciativa de los Países de Centroamérica para el Control de la Transmisión Vectorial y la Atención Médica de la Enfermedad de Chagas (IPCA) se estableció desde 1997, por los 7 países centroamericanos y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Con la meta común de “interrumpir la transmisión de la Enfermedad de Chagas” se lleva a cabo reuniones anuales de IPCA en donde se presentan avances de actividades de cada país y se debate sobre los abordajes. El Proyecto ha presentado las mejores prácticas en cada reunión anual.

C) Sistema de Integración Centroamericana (SICA)

Para el control de enfermedades transmisibles del “Plan de Salud América Central – República Dominicana 2010 – 2015) se menciona claramente la necesidad del control de la Enfermedad de Chagas. El Proyecto realiza presentaciones sobre la cooperación regional de JICA en Centroamérica, en las reuniones semestrales del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA).

4-2. Efectividad

Puesto que el análisis es desde el punto de vista del grado de contribución de los “Resultados del Proyecto al “Objetivo” del mismo, se ha podido comprobar la efectividad en los siguientes aspectos:

Con relación al número de cantones en que se introdujo el sistema de vigilancia con participación comunitaria de los 7 departamentos objeto del Proyecto, los 7 departamentos objeto del Proyecto superaron la meta del 20%. El Proyecto ha contribuido a la extensión del sistema de vigilancia con participación comunitaria a través de organizar talleres y participar en la revisión de la Norma.

Respecto al porcentaje de respuesta a la notificación de captura de triatominos por parte de la población, está cumpliendo en el 100% al momento de realizar ésta Evaluación. A través de entrevistas a los voluntarios de salud, realizada por parte de la Misión, también se ha comprobado que el sistema de vigilancia con participación comunitaria está extendiéndose consistentemente a nivel de las comunidades.

Con relación al monitoreo del sistema de vigilancia, con la introducción del “Sistema Estadístico de Producción de Servicio” y “Sistema de Información de Morbilidad y Mortalidad vía Web (SIMMOW)” se ha ordenado la plataforma para el establecimiento a nivel nacional del sistema. En adelante, la clave para el establecimiento y la difusión del mismo, estaría en el control y orientación periódico, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud nivel central y la repetición de prácticas de la respuesta, de acuerdo a la Norma.

Los siguientes puntos son los temas a ser abordados:

- Reconfirmación de los efectos del rociado: Durante la presente Misión, se han observado situaciones en algunas regiones, en que se ha elevado el índice de infestación de triatominos después del rociado con insecticidas, lo cual es una situación anormal, siendo necesario realizar un análisis exhaustivo para identificar la causa. Tanto en los 4 departamentos de la Regiones Central y Oriental con fase de ataque, como en los 3 departamentos de la Región Occidental que se encuentran en la fase de mantenimiento, deberán realizar y analizar estudios precisos de evaluación post-rociado para establecer medidas necesarias, lo que contribuirá a una reducción segura de la infestación del vector.
- Verificación de los resultados del estudio serológico: Es importante realizar la verificación de los resultados del estudio serológico a menores de 16 años, comparando con los resultados del estudio entomológico en índices de infestación. En el futuro será necesario disponer de cantidad suficiente de información confiable para la certificación de la interrupción de transmisión por el vector, es importante que el diagnóstico serológico de estudio específico bajo la conducción de nivel central del Ministerio de Salud, de forma periódica y se encargue de administrar los datos con responsabilidad, ya que al momento no lo tiene.

4-3. Eficiencia

La asignación de aportaciones en el Proyecto puede decirse que fue eficiente, teniendo en cuenta que fueron utilizadas para lograr los resultados.

En el Proyecto fueron asignados 2 expertos japoneses de largo plazo, en el nivel central del Ministerio de Salud.

A través de una serie de capacitaciones y orientaciones acertadas a los contrapartes, así como supervisiones realizadas en cada SIBASI, lo que contribuyó a construir una relación de confianza y desarrollo de capacidades, altamente valorado por la parte salvadoreña. Además debido a efectos sinérgicos producidos a través de la coordinación con los Jóvenes Voluntarios Japoneses asignados en los SIBASI, la eficiencia del Proyecto se ha aumentado considerablemente.

Además, los expertos a corto plazo que realizaron capacitaciones y orientaciones en los campos de entomología médica, educación y promoción, sistema de salud, establecimiento del sistema de vigilancia con participación comunitaria, contribuyeron también al fortalecimiento de capacidades de la parte salvadoreña. La capacitación en tercer país del curso clínico-terapéutico realizado en Argentina y el curso de diplomado en entomología médica, organizado en colaboración con la Universidad de El Salvador, también ha contribuido a realzar la eficiencia del Proyecto.

Al igual, las herramientas para el monitoreo y evaluación de desempeño de actividades, así como los materiales para capacitación, educación y promoción desarrollados con la asistencia del Proyecto, han sido extendidos incluso a departamentos que no son objeto del Proyecto, contribuyendo a la ampliación de los logros.

La parte salvadoreña contribuyó también con logros muy claros. Sumado al sólido liderazgo de la Ministra de Salud, a través de logros como el Convenio de Cooperación con el MINED, la apropiación de la parte salvadoreña en el control de la Enfermedad de Chagas es cada vez mayor. La motivación de los técnicos en vectores, promotores y voluntarios de salud a nivel operativo también es alta, y promueven activamente la participación comunitaria bajo orientaciones de las Regiones de Salud y SIBASI. Puede decirse que el compromiso de la parte salvadoreña con actitud positiva en las actividades de control de la Enfermedad de Chagas, es un factor fundamental que aporta una efectiva difusión de los logros del Proyecto, que llega a nivel de las comunidades.

Por otro lado, la cooperación a nivel regional con los Proyectos de Control de la Enfermedad de Chagas en Guatemala (Fase 1 del 2002 al 2005 y Fase 2 del 2009 al 2012), El Salvador (Fase 1 del 2003 al 2007 y Fase 2 del 2008 al 2011) y Nicaragua (2009 al 2014) también contribuyeron a la eficiencia del Proyecto.

4-4. Impacto

Para el Objetivo Superior del Proyecto “Se reduce significativamente la transmisión de la Enfermedad de Chagas por *T. dimidiata* en El Salvador”, se ha comprobado que se implementan consistentemente las siguientes actividades para su logro:

1) Posibilidad de lograr el Objetivo Superior del Proyecto

En cuanto al logro del Objetivo Superior del Proyecto, como se mencionó en 3-3 (2) en el nivel de cumplimiento del Objetivo Superior, es difícil predecir si los objetivos se podrán cumplir a nivel nacional en el transcurso de 3 a 5 años luego de finalizar el Proyecto. Sin embargo, a través de evaluaciones semestrales, capacitaciones sobre el control de la Enfermedad de Chagas a los supervisores de promotores de salud de los 14 departamentos y la distribución de los materiales educativos y de promoción, el Proyecto ya está realizando la socialización de conocimientos y lecciones aprendidas con otros departamentos que no son objeto del Proyecto. Está previsto también que se suministrarán 300 bombas para el rociado de insecticidas, aprovechando el fondo contravalor, a los 7 departamentos no objeto del Proyecto, lo que genera la expectativa de que en el futuro se ampliará el control de vectores. No existen dudas que la extensión de los logros del Proyecto impactan positivamente al desarrollo a nivel nacional, del establecimiento del sistema de vigilancia con participación comunitaria. El abordaje integral y las buenas prácticas que ha venido realizando el Proyecto, al ser transmitidos al resto de los departamentos, y si puede realizarse con seguridad las pruebas serológicas por la parte salvadoreña, influirán considerablemente en el cumplimiento del Objetivo Superior. Además, los eventos y congresos regionales, la socialización rutinaria de informaciones y los materiales educativos desarrollados en otros países también están siendo utilizados en diferentes países.

2) Otros Impactos

A parte de la contribución para el logro del Objetivo Superior, se ha podido observar los siguientes impactos positivos, a través de la implementación del Proyecto.

- La Cooperación de JICA en Centroamérica para el Control de la Enfermedad de Chagas, ha transcurrido más de 10 años desde su inicio con Guatemala, de manera que actualmente está en implementación en Guatemala (fase 2), Honduras (fase 2), y Nicaragua. En la cual, con la combinación del envío de expertos y jóvenes voluntarios japoneses, becas de contrapartes en el Japón, capacitación en tercer país y la provisión de equipos y materiales se ha logrado impactos, desde el fortalecimiento de capacidades en diferentes niveles de la administración de salud, hasta el nivel de comunidades. No es mucho decir que JICA realiza una cooperación esmerada en todos los niveles, lo que es difícil de ver con otros cooperantes. La experiencia y conocimiento adquiridos a lo

largo de los años en el control de la Enfermedad de Chagas, así como el esquema y la metodología de implementación de actividades validados en cada uno de los países, han contribuido también al logro de resultados del presente Proyecto.

- Con base en los resultados del estudio de evaluación realizado por la Comisión de OPS en Noviembre del 2009, se ha obtenido la Certificación de la Eliminación de *Rhodnius prolixus* en El Salvador, en la duodécima reunión de IPCA, en Junio del 2010.
- Gracias al establecimiento del “Día Nacional de Chagas” y el Convenio de Cooperación entre El Ministerio de Salud y MINED, comenzó a desarrollarse rápidamente a nivel de todo el país, las actividades educativas y de promoción para el control de la Enfermedad de Chagas. En 2010, prácticamente el 100% de las escuelas públicas del país, participaron en la campaña de promoción de esta enfermedad.
- El estudio de la transmisión congénita que por vez primera se realizó en El Salvador, así como la investigación realizada sobre cardiopatía chagásica, podrían convertirse en lineamientos para el control de esta enfermedad en el futuro, para El Salvador.
- A través de la revisión y actualización de la Norma, puede esperarse que se definan criterios más prácticos de acuerdo a la realidad. En especial, se procura promover actividades para la promoción de la salud por medio del sistema de vigilancia con participación comunitaria.
- En COMISCA también se ha mencionado las actividades del presente Proyecto como estrategia regional de la cooperación de JICA. Dentro de los temas de salud de la “Meta Integral”, uno de los 4 ejes del “Plan de la Salud Centroamérica – República Dominicana 2010-2015” aprobado en la 31ª reunión de COMISCA (diciembre de 2009), se menciona el control de la enfermedad de Chagas, en donde se refiere al Proyecto Regional de JICA para el Control de la Enfermedad de Chagas como una “iniciativa regional”. Al igual en la resolución de 32º COMISCA (mayo de 2010) se menciona claramente que en el Plan de Salud antes mencionado es necesario el control de la Enfermedad de Chagas y que JICA realiza la asistencia a nivel regional (en Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua).

4-5. Sostenibilidad

La posibilidad de la sostenibilidad de los logros después de finalizar el Proyecto es alta por los siguientes aspectos:

1) Aspecto político-administrativo

- La Estrategia Regional deberá proseguir en el futuro de acuerdo a las metas de la IPCA (2010-2015). No obstante, actualmente esta meta no es conocida ampliamente dentro de El Salvador. A través de las reuniones anuales de la IPCA, es necesario monitorear la sostenibilidad de los logros del Proyecto, por parte del Ministerio de Salud y OPS.
- En caso que se promulgue oficialmente “El Plan Quinquenal para la Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas” actualmente en etapa de preparación, se posibilitará una mayor difusión e implementación de las actividades en cada nivel del Ministerio de Salud y todas las personas involucradas en la vigilancia y control de esta enfermedad.
- Con el fin de lograr el Objetivo Superior del Proyecto, es necesario implementar el estudio serológico a nivel nacional de forma periódica, y la sistematización de la administración de datos a nivel central del Ministerio de Salud.
- El tamizaje de *T. cruzi* se realiza al 100% de donantes en bancos de sangre. Debido a que la seroprevalencia en bancos de sangre es un indicador importante, es necesario proseguir con el tamizaje.
- Incluir en las hojas del control prenatal el examen serológico para *T. cruzi* y asegurar insumos y pruebas de laboratorios necesarios, considerando que el resultado del estudio seroprevalencia mostró 3.4% de positividad en mujeres embarazadas y 20% de transmisión congénita.
- Con el aumento en la concientización de la población para el control de la Enfermedad de Chagas, se prevé mayor demanda del diagnóstico. Es importante determinar claramente el flujo del diagnóstico y tratamiento del paciente a nivel comunitario, para fortalecer el sistema.

- Es necesario sistematizar el diagnóstico del paciente y su respuesta, a nivel comunitario.

2) Aspecto organizacional

- El modelo de atención primaria en salud denominado “Equipo Comunitario de Salud Familiar” (ECOS Familiar, introducido en 2010, es de esperar que pueda cumplir un rol importante para el establecimiento del sistema de vigilancia con participación comunitaria. Este equipo compuesto por médico, enfermera, asistente de enfermería, promotores de salud y polivalente, estará muy cerca de la comunidad, ofreciendo servicio necesario para el área y tiene el potencial de convocar a la comunidad adquiriendo la confianza de la población. En caso que se pueda coordinar y controlar adecuadamente por parte de SIBASI, unidad de salud y en especial técnico de vectores a cargo, la organización que da el soporte al sistema de vigilancia, podrá ser fortalecida significativamente.
- El Programa Nacional de la Enfermedad de Chagas que anteriormente estaba dirigido por la Dirección de Vigilancia de la Salud, actualmente está siendo implementado por la Dirección de Vigilancia Sanitaria, Unidad de Salud Ambiental, Unidad de Promoción de la Salud y Unidad de Salud Comunitaria. Para poder dar continuidad a los logros obtenidos por el Proyecto y seguir desarrollándose, es indispensable que se mantenga la gerencia del Programa bajo la coordinación de la Unidad de Salud Ambiental, a través de la Unidad de Vectores, con asignación un técnico responsable que coordine el Programa a nivel nacional.

3) Aspecto financiero

- Las actividades de control de la Enfermedad de Chagas tiene el presupuesto determinado de acuerdo a la programación Anual Operativa (PAO). A pesar de que influencias negativas como el brote de influenza y de Dengue, como ocurrió este año, puede ocurrir en adelante, esta enfermedad es uno de los temas prioritarios del Ministerio de Salud lo que ha sido comprobado en entrevistas al personal del mismo. Por lo tanto, se considera que por el momento, la posibilidad de generarse influencia negativa en el aspecto financiero es muy baja.

4) Aspecto técnico

- A través de la Norma de la Enfermedad de Chagas se ha posibilitado un control consistente. Sin embargo a nivel operativo del campo la implementación es insuficiente. En adelante es necesario repetir los procedimientos como del rociado de insecticidas de acuerdo a los lineamientos de la Norma. En especial, es necesario validar cuidadosamente los efectos del rociado, de lo contrario puede poner en riesgo la sostenibilidad del sistema de vigilancia, en caso que las personas involucradas consideren que “a pesar de rociar con insecticidas, no se ve la efectividad”.
- Con respuestas fuera de rociado, como educación y orientación sobre el mejoramiento del nivel de vida, puede procurar la extensión sostenible del sistema de vigilancia.
- En adelante, bajo el liderazgo del nivel central del Ministerio de Salud, se espera el progresivo fortalecimiento de un monitoreo periódico y la supervisión y orientación del control de esta enfermedad.
- Actualmente, la administración y análisis de una serie de datos que se han obtenido a través de la implementación del Proyecto, principalmente está a cargo de la experta del Proyecto. Para la validación de la efectividad del rociado con insecticidas es indispensable la comparación y análisis de datos, se recomienda en adelante, que a nivel central del Ministerio de Salud se administren y se analicen los datos por los epidemiólogos y entomólogos de nivel central y los SIBASI.

4-6. Factores propiciantes y factor limitante

- El sólido compromiso por parte la Ministra de Salud para el control de la Enfermedad de Chagas y con el presente Proyecto, ha sido un factor importante que ha impulsado las actividades en general.
- Por otro lado, en las actividades educativas y de promoción, el Convenio de Cooperación Interinstitucional firmado entre el Ministerio de Salud y MINED, ha sido factor fundamental para la difusión acelerada a nivel nacional.
- Para promover y extender la cobertura del sistema de vigilancia con participación comunitaria, el involucramiento activo de los técnicos de vectores, promotores de salud y la comunidad, es un

factor fundamental.

- Como factor limitante se puede citar que por la influencia negativa del brote de influenza, la fiebre de Dengue y desastres naturales, hubieron momentos en que las actividades del Proyecto han sido limitados.

5. Revisión de la Matriz de Diseño del Proyecto

Los siguientes cambios sobre la descripción de la Matriz de Diseño del Proyecto (“PDM”) fueron confirmados por el Equipo y la experta de JICA, los mismos que fueron consensuados en el Comité Conjunto de Coordinación celebrado el 3 de diciembre del 2010.

Cambiar la expresión “ el sistema de Monitoreo Participativo de la Enfermedad de Chagas (MPECh)” por “el sistema de vigilancia con participación comunitaria” en los siguientes:

(1) Objetivo del Proyecto; (2) Indicadores 1, y 2 del Objetivo del Proyecto; (3) Resultados esperados No. 2 y No. 4 ; (3) Indicador 2-1 del Resultado esperado 2 y el Indicador 4-1 del Resultado esperado 4; (5) Actividades 2-2, 4-1, 4-2 y 4-3.

6. Conclusiones

El presente Proyecto finalizará en el tiempo establecido por considerarse que las metas del Objetivo del Proyecto han sido alcanzadas en su mayoría.

Se valora la contribución que el Proyecto ha realizado, dando cumplimiento a la mayoría de las recomendaciones de la Revisión Intermedia, dedicándose para el logro de los Resultados Esperados. Puede decirse que se ha podido establecer un sistema efectivo de vigilancia con la participación activa de los promotores de salud, la población de la comunidad y organismos sociales, a través del involucramiento a las actividades y la construcción de relaciones de confianza en el trabajo. Sin embargo, para que este sistema pueda ser operado de manera sostenible, es indispensable el cumplimiento de la “Norma Técnica de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas” (“la Norma”) así como la recolección, administración y análisis de los datos, de manera oportuna.

Por otro lado, considerando el hecho que se han confirmado la infestación por el vector transmisor de la Enfermedad de Chagas en departamentos que no son objeto del Proyecto, se espera que los logros obtenidos, sean aprovechados en estas áreas.

7. Recomendaciones y lecciones aprendidas

7-1. Recomendaciones

- 1) La designación del Coordinador del Programa en el Ministerio de Salud.
El Programa Nacional de la Enfermedad de Chagas que anteriormente estaba dirigido por la Dirección de Vigilancia de la Salud, actualmente está siendo implementado por la Dirección de Vigilancia Sanitaria, Unidad de Salud Ambiental, Unidad de Promoción de la Salud y Unidad de Salud Comunitaria. Para poder dar continuidad a los logros obtenidos por el Proyecto y seguir desarrollándose, es indispensable que se mantenga la gerencia del Programa bajo la coordinación de la Unidad de Salud Ambiental, a través de la Unidad de Vectores, con asignación de un técnico responsable que coordine el Programa a nivel nacional.
- 2) La aplicación de La Norma para actividades del control de la Enfermedad de Chagas.
La Norma para el control de vectores de la Enfermedad de Chagas no está siendo respetada. Las casas y caseríos que deben ser rociados con insecticidas están descritos en la Norma. No obstante se han descubierto situaciones en que realizan el rociado con técnicas propias a nivel de localidad. En el sistema de vigilancia con participación comunitaria, se debe realizar el rociado con insecticidas en situaciones que se encuentren colonizaciones de *T. dimidiata* en el domicilio donde se encontró dicha infestación, no importa que el vector esté o no esté infectado. El borrador de la Norma se finalizará en diciembre de 2010 para su posterior oficialización y publicación al principio de febrero 2011.
- 3) Análisis detallado de datos e informaciones y su aplicación
Se ha verificado que es necesario fortalecer a nivel operativo el análisis periódico multidisciplinario de los datos epidemiológicos, entomológicos, participación interinstitucional, de educación y el seguimiento de pacientes tratados, lo cual sería fundamental, ya que al realizar las evaluaciones de impacto de las acciones operativas, estos serían considerados analíticamente, con lo cual se estaría corrigiendo posibles fallas de forma oportuna, por ejemplo cuando el índice de infestación después del rociado muestra un alto valor anormal, siempre debe haber alguna razón, ante lo cual se deben de establecer los factores que han influido en la localidad investigada y así evitar repetirlos en el futuro:

los factores que se pueden prevenir son: a) error en la digitación de los datos; b) número de casas encuestadas es demasiado poco; c) en la encuesta basal no se ha logrado encontrar suficiente cantidad de triatominos; d) el rociado de insecticidas sin la técnica requerida, entre otros. Se considera que en los 7 departamentos el índice de infestación del vector se ha reducido consistentemente, no obstante debido a que existen áreas que no figuran en los datos recolectados, es necesario realizar recolección y control de datos con la calidad requerida.

- 4) Clarificación de la coordinación entre las personas relacionadas y La Norma.
A través de la introducción del modelo de atención de Salud ECOS Familiares, y la integración de diversos actores como promotores de salud , técnico de vectores y otros, es muy importante la coordinación y asignación debida de roles y funciones en el trabajo según competencias y cargos, a fin de evitar conflictos en el desarrollo de sus funciones y la ejecución en la calidad del proyecto. Procurando evitar la desmotivación de recursos, la falta de mantenimiento de equipos y vehículos, irregularidad en el manejo y administración de insumos, entre otros.
- 5) Importancia de estudio específico serológicos para evaluar los logros del control de la Enfermedad de Chagas.
Lo que puede comprobar la interrupción de la transmisión por el vector, es el resultado de pruebas serológicas a menores de 16 años. Es importante que se realice dicho estudio en cada departamento, por lo menos una vez al año y registrar los datos para ser administrados a nivel central. En los resultados de la encuesta serológica, a diferencia de los de la encuesta entomológica, es difícil que los valores fluctúen o varíen.
- 6) Publicación de los resultados del Proyecto.
Los registros obtenidos a través de las actividades del Proyecto son datos muy valiosos. Por lo tanto es importante que los mismos sean activamente publicados en artículos académicos y publicaciones científicas, además en la página web del Ministerio de Salud.
- 7) Seguimiento del Programa.
La parte salvadoreña a solicitud de la Sra. Ministra de Salud, sugiere a JICA considerar la continuidad de la cooperación , para mantener y extender el logro alcanzado en El Salvador de manera integral. La Misión, ante esta sugerencia, ha considerado también que para dar sostenibilidad a los logros del Proyecto y desarrollarlos aún más, es deseable continuar con otros esquemas de la cooperación.

7-2. Lecciones aprendidas

A través de las experiencias obtenidas por el presente Proyecto, las lecciones aprendidas que pueden ser utilizadas en otros proyectos similares son las siguientes:

- 1) La efectividad del control sostenible de la Enfermedad de Chagas con la participación comunitaria
Se ha podido comprobar que está estableciéndose un efectivo y sostenible sistema de vigilancia con la participación activa de los promotores y voluntarios de salud, pobladores comunitarios y los organismos sociales a través de la coordinación y construcción de la relación de confianza mutua de trabajo. El voluntario de la comunidad participa activamente en actividades de rociado y de educación con una fuerte misión y compromiso de proteger su propia comunidad, y por ende su salud, convirtiéndose en un elemento indispensable del sistema de vigilancia, lo que ha sido comprobado a través del Proyecto.
- 2) Participación de gobierno local
Con la gestión y coordinación del nivel local y SIBASI, se logró la participación de los gobiernos municipales en la vigilancia y control del vector transmisor de Chagas en los 7 departamentos objeto del Proyecto.
- 3) La importancia del control de la Enfermedad de Chagas a través de la implementación del sistema de vigilancia con participación comunitaria.
Con la Norma en revisión y el sistema de vigilancia que permite enterarse de la situación de respuesta a las notificaciones del vector, se ha posibilitado tomar decisiones oportunas con base en informaciones detalladas. También a nivel de país está siendo posible el control de la Enfermedad de Chagas con la participación del personal del sector salud, así como del sector educativo y voluntarios

de la comunidad, entre otros.

Con el Manual del Rociado para el Control de la enfermedad de Chagas en revisión, se estandarizará la técnica del rociado.

- 4) La colaboración regional para el control de la Enfermedad de Chagas
El Proyecto para el Control de la Enfermedad de Chagas de JICA se está implementando en varios países de Centroamérica, lo que ha permitido la socialización y el intercambio de información regional, de manera muy eficiente.
- 5) La coordinación con los Jóvenes Voluntarios Japoneses
La presencia de estos jóvenes voluntarios japoneses asignados a diferentes SIBASI, ha contribuido al logro de los resultados del Proyecto, sumándose a las actividades de los expertos japoneses y manteniendo una buena comunicación con ellos.
- 6) El impacto en el control de la Enfermedad de Chagas con la participación del Ministerio de Educación

Con el Convenio de colaboración firmado entre el Ministerio de Salud y MINED, está generando impactos positivos a través de materiales educativos y medios de comunicación que publican y emiten información, así como los eventos promocionales a nivel de todo el país. Con la participación del MINED se posibilitará la difusión de conocimientos sobre la Enfermedad de Chagas de manera efectiva y sostenible a través de los centros educativos.

¹ Según datos de OMS del 2006, la enfermedad cardiovascular es la causa No. 1 de muerte en El Salvador. Se realizó el estudio para determinar en qué nivel de estos enfermos está siendo afectados por la Enfermedad de Chagas.

² "Áreas piloto" al inicio del Proyecto: 6 áreas, (i) Cantón Joya de Zapote, Municipio de Atiquizaya, Departamento de Ahuachapán; (ii) Cantón Los Platanos, Municipio de Guaymango, Departamento de Ahuachapán; (iii) Cantón Las Hojas, Municipio de San Antonio del Monte, Departamento de Sonsonate; (iv) Cantón La Primavera, Municipio de Santa Ana, Departamento de Santa Ana; (v) Municipio de Chalchuapa, Departamento de Santa Ana; y (vi) Municipio de Masahuat, Departamento de Santa Ana.

4. Resultado de la Evaluación por los 5 criterios

4-1. Relevancia

La Relevancia del presente Proyecto puede decirse que es muy alta por las siguientes consideraciones:

1) Concordancia con la política internacional.

Este Proyecto apoya la IPCA que es coordinada por la OPS/OMS. Desde su establecimiento en 1997, los países centroamericanos tienen la meta de “interrumpir la transmisión de la Enfermedad de Chagas hasta el año 2010”. Al igual la IPCA está siendo referida por la Estrategia de la Salud del SICA y según las metas de la IPCA (2010-2015) que establece las metas específicas de cada país. En El Salvador la meta es la eliminación de la infestación domiciliar de *T. dimidiata*, hasta el año 2015.

2) Congruencia con la Política Nacional y la Política del Ministerio de Salud

- El Ministerio de Salud, dentro de la política nacional (Estrategia 5: “Sistema Nacional de Investigación en Salud”) menciona la necesidad de fortalecer las investigaciones básicas de patologías como la Enfermedad de Chagas, tuberculosis, VIH/SIDA y enfermedades renales crónicas.
- En la Norma están claramente indicados el flujo y responsabilidades de cada actividad como la respuesta a los pacientes, la vigilancia, control de vectores, a dónde referir a los pacientes, etc. La Norma, actualmente en revisión, promueve las actividades de promoción de la salud a través de sistemas de vigilancia con participación comunitaria. Lo que concuerda con el presente Proyecto.
- En Marzo del 2010 se firmó el Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el El Ministerio de Salud y MINED. Y en Julio del mismo año, para el “Día Nacional de Chagas” se adquiere el compromiso de realizar la campaña de promoción de esta enfermedad, en todas los establecimientos de salud por indicación de El Ministerio de Salud, y en todas las escuelas públicas del país, por la indicación del MINED. Lo que ha propiciado a nivel nacional, la promoción educativa que conducirá al establecimiento de sistemas de vigilancia con participación comunitaria, de manera acelerada.

3) Concordancia con la política de asistencia del Japón

- En la Reunión Cumbre entre Japón y países de Centroamérica en agosto del 2005 se adoptó la “Declaración de Tokyo” que es una guía a largo plazo y el “Plan de Acciones” que establece el plan específico. Dentro del Plan de Acciones, Japón se ha comprometido a cooperar especialmente en la salud reproductiva, educación médica y el control de la enfermedad de Chagas, para que en estos temas los países del SICA puedan ser modelos de cooperación de desarrollo a nivel regional.
- Japón ha declarado la “Asistencia para una pronta eliminación de la enfermedad de Chagas” como uno de los objetivos de la política con el exterior dentro del “Lineamiento Prioritario de la Cooperación Internacional para las Problemáticas Prioritarias según las Regiones (2007)”.
- También en la Cumbre de Toyako en Hokkaido celebrada en julio del 2008, en el resumen ejecutivo se acuerda la asistencia en el control y el dominio de las enfermedades tropicales desatendidas (NTD).
- En el Plan de Implementación de Proyectos por Países de JICA se establece como prioridad para la cooperación con El Salvador, como tema de desarrollo la “Superación de la Vulnerabilidad Social” de manera que el presente Proyecto se posiciona dentro del mismo.

4) Pertinencia de la selección de áreas objeto de la cooperación

Las áreas objeto del presente Proyecto, se han seleccionado con base en los resultados del estudio de infestación de *T. dimidiata*, que son áreas de alto riesgo. Los vectores transmisores de la enfermedad de Chagas (chinchas picudas) viven preferentemente en viviendas con paredes de adobe y techos de material vegetal. Lo anterior expone la vida y la salud de la población de las comunidades, así como acceso limitado al trabajo, bienes y servicios por estar infectado. A través de la implementación del Proyecto, se ha disminuido el riesgo en las comunidades pobres lo que ha llevado consigo al mejoramiento de la calidad de vida, de modo que está contribuyendo también con el concepto de la “Seguridad Humana”.



MINISTERIO
DE SALUD

RESULTADO DE MONITOREO REALIZADO DURANTE LOS AÑOS 2011 A 2014

El Ministerio de Salud cuenta con el Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS), el cual registra información de las actividades realizadas para el control de la Enfermedad de Chagas.

Dicha herramienta es utilizada por la Unidad de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores para monitorear, dar seguimiento a las acciones realizadas y poder aplicar nuevas medidas en el control del vector.

Viviendas Inspeccionadas y Positivas e Índices Entomológico en la Enfermedad de Chagas Años 2011 a 2014

Año	Viviendas Inspeccionadas	Viviendas (+)	Indice Entomologico
2011	233562	5702	2.4
2012	332502	6207	1.9
2013	52443	1296	2.5
2014	275388	5829	2.1

Fuente SEPS

