

## La enfermedad de Chagas en una historia de vida: conocer la enfermedad, cambiar el mundo. Entrevista a João Carlos Pinto Dias

Chagas disease in a life story: unveiling the disease, changing the world. Interview with João Carlos Pinto Dias

---

*Roberto Briceño-León*<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> *Laboratorio de Ciencias Sociales, Caracas, Venezuela.*

<sup>2</sup> *Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.*

**Correspondencia**

*R. Briceño-León*

*Laboratorio de Ciencias Sociales.*

*Av. Agustín Codazzi, Quinta Laco, Santa Mónica, Caracas, Venezuela.*

*bricenoleon@laco.org.ve*

No es fácil olvidar su pequeña figura moviéndose ante el auditorio, gesticulando con energía, modulando la voz entre tonos bajos, reflexivos y llenos de sentimiento para hablar de las madres y los enfermos, o sus fuertes imprecaciones para criticar o ironizar sobre los poderes constituidos: es João Carlos Pinto Dias, una de las autoridades mundiales en el estudio y la lucha contra la enfermedad de Chagas.

João Carlos Pinto Dias es un científico y un ciudadano íntegro que enorgullece a Brasil y Latinoamérica, ha ocupado posiciones relevantes en el ámbito académico y en el sector público. Pese a que nació en Río de Janeiro en 1938, su vida y gran parte de su obra la ha desarrollado en Minas Gerais, donde vive y trabaja en Centro de Pesquisas René Rachou de la Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/FIOCRUZ).

Desde muy joven y como estudiante se dedicó a la enfermedad de Chagas. En la Facultad de Medicina de Riberão Preto fue director de la Liga Brasileira de Combate a Doença de Chagas, se licenció como médico en la Universidad de São Paulo en 1963 e inmediatamente se mudó a Bambuí, Minas Gerais, donde continuó la labor que durante varias décadas había desarrollado su padre, Emmanuel Dias, uno de los investigadores pioneros de la enfermedad. Allí continuó con la ocupación de su padre recién fallecido y trabaja como jefe de la unidad sanitaria y director clínico del hospital N. Sra. de Brasil. Trascurridos cinco años se trasladó a Ilha Solteira, en el estado de São Paulo, donde trabajó como jefe del sector de salud pública y director clínico del hospital CESP hasta 1972, cuando regresa a Minas Gerais para dedicarse a la enfermedad de Chagas. Se posgraduó en Medicina en 1973 y comienza su labor como profesor asociado en la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais, donde también obtiene su título de doctor en Medicina en 1982 y se convierte en profesor titular en 1991.

Desempeñó su actividad como investigador en calidad de Jefe del Laboratorio de Biología de Triatomíneos y Epidemiología de la Enfermedad de Chagas del CPqRR/FIOCRUZ entre 1978 y 1985 y se convierte en investigador titular de la FIOCRUZ en 1988. En ese año fue electo Presidente de la Sociedad Brasileña de Medicina Tropical. Paralelamente a su actividad de



João Carlos Pinto Dias: Rio de Janeiro, Febrero 2006.

investigación y su larga lista de publicaciones, ha estado siempre presente en la función pública y la aplicación de los conocimientos que la ciencia y la universidad generan, por eso se mudó a Brasilia en 1985 cuando fue llamado a ocupar el cargo de Director del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas en el Ministerio de Salud, cargo que ejerció durante cinco años, hasta 1990 cuando regresa a Minas Gerais para convertirse en el Superintendente General de la Fundación Ezequiel Dias en 1991; para luego volver a Brasilia en 1992 siendo Presidente de la Fundación Nacional de Salud del Ministerio de Salud. Posteriormente, regresó nuevamente a Belo Horizonte, Minas Gerais, para ser el Coordinador Regional de la Fundación Nacional de Salud en Minas Gerais entre 1995 y 1997.

Ha hecho de su vida una labor continua para investigar las más diversas facetas de la enfermedad de Chagas y, sobre todo, estar a la búsqueda de esos saberes que puedan ser usados para prevenir o tratar la enfermedad. Fue una de las figuras centrales en la creación de la Iniciativa Regional del Cono Sur para el control de la enfermedad de Chagas, que agrupó los países de Suramérica donde era endémico el *Triatoma infestans* y que luego, y por su éxito indiscutible, se extendió a todo el continente.

João Carlos Pinto Dias actualmente se encuentra en Belo Horizonte, donde vive con su familia y desde donde se traslada hacia el resto de Brasil y del mundo, llevando como su mejor equipaje sus sueños de un mundo mejor.

**Briceño-León** ¿Hace cuánto tiempo comen-  
zaste a trabajar con la enfermedad de Chagas?

**Dias** Yo empecé desde niño, porque mi padre se dedicaba a esto, podemos decir que desde hace 40 años, los mismos desde que me licencié en medicina. Aunque ya desde antes, cuando tenía 10, 12 años, ya iba con mi padre a áreas endémicas. Visitamos muchas veces estos lugares y yo tenía contacto con las repercusiones más visuales y más visibles del problema, como la captura de chinches en las casas, el contacto con pacientes. Comencé desde muy pronto, desde niño a ver gente muriendo de Chagas, y empezando a comprender que había una correlación muy fuerte entre la enfermedad y gente muy pobre, y sus casas.

**B-L** ¿Eso fue en Bambuí?

**D** Sí, pues Bambuí fue una circunstancia especial en mi vida, ya que me ha acompañado siempre. El proyecto comenzó en el año 1940 y yo nací en 1938. En 1943 ó 1944 a mi padre, Emmanuel Dias, lo trasladaron a trabajar allí, así que desde niño, cuando nosotros queríamos pasar las vacaciones con nuestro padre teníamos que ir a Bambuí.

Allí aparecieron un montón de circunstancias interesantes que me evidenciaron una realidad social totalmente distinta a la realidad urbana donde vivía. Esa fue otra escuela, donde nació mi mencionada vocación por la medicina. Y, también por casualidad, por coincidencia, así

como por razones muy objetivas fui enviado a una facultad de medicina donde todo giraba alrededor de las patologías regionales y, entre ellas, la principal era Chagas. Es decir, el contacto con mi progenitor, los viajes y un medio académico absolutamente volcado hacia la enfermedad de Chagas me marcaron. Además, un mes antes de que me licenciara como médico mi padre murió, y yo le pedí entonces al jefe del programa que me permitiera trabajar en Bambuí, para darle continuidad al proyecto y así perseverar en la obra de mi padre.

**B-L** ¿Cómo era la situación de la enfermedad de Chagas hace 40 años cuando iniciaste ese trabajo y cómo es ahora? ¿Qué ha cambiado?

**D** En esa fecha fue cuando comencé a tener contacto con el problema, se la podría denominar la época de pre-control, porque entonces el problema estaba formulado en sus niveles macro teóricos, y de allí se pasa a una época más epidemiológica, de demostración que la enfermedad no solamente existía, sino que tenía sus impactos, es la época de la descripción de la cardiopatía con los elementos más impactantes de la morbilidad y de la mortalidad de la enfermedad. Y es la época también en la que se iniciaron los planes de control, allí estuvo mi padre y el profesor José Lima Pedreira de Freitas, que es un icono de la enfermedad de Chagas, una persona muy importante en el planteamiento de los planes de control.

**B-L** Estamos hablando de finales de los años 50, 60...

**D** Exactamente. Yo empecé a estudiar medicina en el año 1956, esa era una época en la que los pocos expertos estaban tratando de aclarar los indicadores epidemiológicos, los indicadores de impacto, es decir, buscaban argumentos para implementar un control. Entonces justo en ese momento se empezó a convencer a las autoridades para que tomaran la decisión de apoyar proyectos pilotos para demostrar su efectividad. Es una época de convencimiento político, de los primeros estudios de costo-beneficio, en la que acaecían en el país más 100 mil casos nuevos cada año y se inicia una labor que se concretará a mediados de los años 70, una vez que ya estaban los proyectos pilotos terminados y se encontraba absolutamente establecida la demostración de que era posible mantener bajo control la transmisión, controlando los chinches intra-domiciliarios, algo posible de lograr al modificar la vivienda y también mediante el posible control de la transmisión en los bancos de sangre.

La decisión política que llevó a esto dependió de la aproximación que la comunidad científica proporcionó a la comunidad política. Realizamos algo similar a lo que hizo Carlos Chagas a principios de siglo, llamando la atención, demostrando el tremendo impacto social que había y el crédito político que se podía conseguir controlando la enfermedad. Entonces era un época de síntesis, una época donde coincidieron muchos factores: una gran presión de transmisión, pues había elevados índices de infestación domiciliarias por triatomas de por lo menos cinco o seis especies; se produjo también el descubrimiento de otros factores, digamos, más sofisticados y más avanzados científicamente sobre los principales elementos de la enfermedad, principalmente sobre la cardiopatía.

**B-L** ¿Y qué consiguieron con eso?

**D** Con esto entre manos los científicos montaron talleres, organizaron congresos y hubo un proceso de convencimiento de los políticos. Yo he vivido todo ello en una experiencia académica desde mis tiempos en la facultad, pues a finales de los cincuenta era director de un grupo que se llamaba Liga Brasileira de Combate à Doença de Chagas. De allí salíamos dictando conferencias y exposiciones por toda la provincia de Sao Paulo para sensibilizar a las autoridades e impulsar el inicio del control. Este último surge de manera más fuerte en los años 70, cuando justo un poco antes ya había concluido mi especialización. Así pues, formé parte de dos momentos, uno de pre-control y uno de control. ¿Ha sido una decisión o una coincidencia? No lo

sé, ya que cómo se puede interpretar el hecho de que un mes antes de licenciarme en medicina se muriera mi padre en un accidente y de inmediato me pusiera a disposición del Instituto Oswaldo Cruz para seguir con sus trabajos; y ¿fue coincidencia que poco después me llegara la invitación para ser Director del Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas? Bueno, era dejar el ámbito académico y pasar a la política, pero yo no quería rechazar este reto.

**B-L** ¿En que año te encargan el programa?

**D** Me nombran en el año 85, era un año en que hacía poco se había terminado la dictadura militar de Brasil y los políticos de Minas Gerais estaban muy cerca de conseguir el poder, como Tancredo Neves que fue electo y murió antes de llegar a Presidente, y fue entonces cuando me llegó la invitación para trabajar en el control de Chagas. Los mineros ya me conocían por mi trabajo en el CPqRR, pero me cambié a otra plataforma de trabajo, salgo del ámbito académico para estar a un nivel de gerencia del programa y me quedo allí 6 años. Luego vino la Presidencia de la Fundação Nacional de Saúde que es la rama del Ministerio de Salud que se encargaba de todas las endemias y allí me hicieron responsable de este programa.

En esta trayectoria tengo múltiples contactos interesantes con entidades encargadas de la formulación de planes y políticas, principalmente en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y con el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales de la Organización Mundial de la Salud (TDR/OMS) y tuve allí la posibilidad de participar en el programa de pequeñas becas, adecuado a las realidades locales que dirigía Roberto Briceño-León, era un programa para, digamos, el raciocinio epidemiológico. Hubo mucha más gente involucrada y tuve la suerte de haber participado en el comité directivo de ese programa de becas.

**B-L** Cuando te encargaron el Programa Nacional de Chagas ¿qué cosas hacías? ¿En qué consistía el programa?

**D** El programa consistía necesariamente y exclusivamente en el control de insectos, de chinches, un programa de control con insecticida. Pero yo ya había trabajado con la gente del ministerio y también en la escuela de salud pública de Río de Janeiro en la formulación de lo que se llamó el aspecto social de Chagas, esto me ayudó mucho, y ya desde el principio estaba convencido que en ese momento la labor era el control de insectos con insecticidas, las fases de ataque de infestaciones intensivas de chinches,

pero todo esto era temporal, puesto que después el problema y la actividad debía cambiar y se debía pasar a la vigilancia epidemiológica mediante la vigilancia comunitaria. Esto ya lo había hecho con otros amigos en Bambuí en 1974, aunque en ese entonces estaba prohibido hablar de estudios sociales, sin embargo, allí me vi obligado a buscar información nueva y entrar en contacto con gente involucrada en la medicina social latinoamericana.

**B-L** ¿La dictadura restringía hablar de los aspectos sociales de la enfermedad de Chagas?

**D** Totalmente. La dictadura terminó en 1984 y a mi me nombraron en 1985, fue entonces cuando llegué a la dirección del programa. Mi problema era cómo consolidar las directivas políticas del control masivo de vinchucas bajo el sistema clásico federal – vertical poco participativo – y abrir poco a poco la cabeza de la gente a la vigilancia. Esto fue implementado en más de 2 mil municipios de Brasil. Era el modelo de Bambuí trabajando con sistemas locales de salud y allí se da otra coincidencia importante, pues se celebró la Conferencia Nacional de Salud en 1986, que recoge la influencia de la Conferencia de Alma-Ata (1978), la cual le había dado un gran apoyo a la idea de participación en salud y la relevancia de los aspectos sociales. Pero claro, el impacto de Alma-Ata en Brasil vendrá después, porque Brasil no había participado.

**B-L** ¿Cómo te vinculas con la investigación de los aspectos sociales de la enfermedad?

**D** Ya estaba en ese camino y esas cosas se van mezclando, vienen los sistemas de participación comunitaria, los cambios en la idea de la educación, es la influencia Paulo Freyre, aparecen los teóricos de Chile hablando de las perspectivas integrales de la medicina, y en ese momento se da la reformulación del sistema de salud de Brasil, en esa octava conferencia de 1986 en la cual yo tuve la suerte de participar y ahí se comienza a cambiar del modelo tradicional de control de vinchucas hacia un modelo de vigilancia participativa, con el aporte de los sistemas locales y regionales, la contribución de otros protagonistas, muy importantes, como son los maestros. Y plantearse allí las políticas de estado para implementar, mantener y hacer sostenibles los programas.

Claro, yo he vivido todo esto siempre como investigador de la FIOCRUZ, pero allí en ese momento no tenía mucha receptividad cualquier investigación de naturaleza social, porque todo estaba bajo control militar. Pese a todo ello, tuve la fortuna de casarme con una trabajadora social, que maneja muy bien la población e hizo un trabajo en paralelo de estudios sociales con

el TDR, con apoyo de Carol Vlassoff. Realizó un trabajo de cuatro años en la comunidad y otro piloto, dando protagonismo a la propia comunidad en el control de Chagas y esto nos abre el contacto con mucha gente. Y allí se dan coincidencias, yo me acuerdo que cuando se organizó en Caracas, Venezuela, en 1989 la reunión para organizar lo que luego fue el Programa de Pequeñas Becas para Investigación en Aspectos Sociales de las Enfermedades Tropicales a quien invitaron fue a mi esposa, yo fui de acompañante y me gustó tanto el tema y el programa que me quedé luego trabajando seis años más con el grupo.

**B-L** ¿Cómo surge la iniciativa del Cono Sur para el control de la enfermedad de Chagas?

**D** La iniciativa, en verdad, tiene dos o tres antecedentes interesantes uno de ellos es el tipo de comunidad científica que estudia Chagas, pues al contrario de otros grupos, no nos peleamos mucho entre nosotros. Todos los científicos se pelean entre ellos, muchos son muy vanidosos, en el caso de Chagas también, pero yo creo que la vanidad tiene el contrapunto de la propia situación social de las poblaciones tan pobres, que consiguen que estén más unidos. Y esto ha sido siempre, por ejemplo, mi padre que fue un chagólogo de primera generación, quizás uno de los más importantes hijos de Carlos Chagas, se movía libremente y tenía amigos en Chile, Argentina, para él Venezuela era su casa, así como México.

Por eso desde un inicio, desde los años 40 hasta los años 60, se conforma un movimiento de investigación epidemiológica de toda el área endémica que, con algunas excepciones que después se sumaron, como América Central y México, dio cobertura a todos los países, y permitió formar la comunidad científica. Desde el primer congreso internacional de Chagas que se celebró en Río de Janeiro se veía que esta gente era muy amistosa, muy cooperativa entre ellos y la idea de fuerza no era ni siquiera un entusiasmo académico. Esta gente estaba descubriendo la necesidad de crear unas las fuerzas nacionales para llevar a cabo la consolidación de programas, pues las herramientas ya existían.

El segundo aspecto es la conciencia que la enfermedad de Chagas era un problema latinoamericano. Y que la solución debía de ser latinoamericana. No se podía, ni tampoco existían motivos para imitar a naciones o científicos de Europa o Estado Unidos, aunque muchos allí tuvieran interés por ello. No era posible la imitación del modelo epidemiológico, quizá un poco del modelo de clínica, pero nada más. Por lo tanto era un problema nuestro y teníamos que arreglarlo con nuestras propias fuerzas.

Con esas circunstancias era necesario entonces producir datos, datos buenos, y segundo publicarlos y convencer a los gobiernos. Esto fue lo que pasó en Brasil, Chile, Uruguay y Argentina. La OPS ayudó mucho, pues había pasado por una transformación muy interesante, antes la OPS era muy servil y por eso se criticaba a sus representantes, ya que la prioridad de ellos era realizar todas las gestiones para mantener su puesto, y esto significaba estar siempre de acuerdo con lo que quiere el país, con lo que quiere el gobierno. La OPS se transformó y nos ayudó a modificar la opinión de los gobiernos.

La verdad es que cuando se abre la iniciativa del Cono Sur nosotros sabíamos, digo nosotros porque yo estaba involucrado en esto con otras personas, que los países estaban avanzando, que los programas nacionales de Venezuela, Argentina, Brasil y Uruguay estaban en marcha, al igual que Chile. Entonces el problema del Cono Sur en sus inicios era cómo incorporar a Bolivia y Paraguay que carecían de recursos, pero tenían una situación epidemiológica muy grave. Entonces surge, una persona clave en todo esto que es Chris Schofield y pensando en la iniciativa africana de combate a la filariasis, que acomodó a siete países bajo el patrocinio de un laboratorio, propuso que en América Latina se podía hacer lo mismo. Algunas personas discutimos esto en privado y después se llevó a un congreso que hubo en Chile, un congreso de la Federación Latinoamericana de Parasitología (FLAP) y se planteó que sería interesante abrir una especie de consorcio para intercambiar datos y buscar financiamiento extranjero o nacional para poner los programas a nivel de control universal. Y en ese momento la TDR/OMS retoma la idea y se incluye en la agenda de la reunión de ministros del 1991. Para esa reunión el grupo se propone la meta universal de la consolidación de los programas con dos objetivos fundamentales, uno la eliminación *T. infestans*, y el otro el control de los bancos de sangre. La conferencia de los ministros se iba a llevar a cabo en Brasil en el año 1991 y para eso se preparan los científicos con razonamientos epidemiológicos y políticos y el ministro de Argentina presenta la propuesta conjuntamente con su colega de Uruguay. Brasil era la sede del taller, pero no propone a nadie por razones diplomáticas, quienes proponen son otros y esto permite el acuerdo de cooperación, de intercambio tecnológico y de establecer estas metas como las oficiales de la agenda de los ministros. Esto fue muy importante y la comunidad científica se agarra a ello con todas sus fuerzas. La OPS apoya la decisión de los directores y mantiene un presupuesto para promover los talleres anuales y las visitas sobre

el terreno e intercambios científicos. A partir de ahí la comunidad científica empieza a trabajar en conjunto y se estimula pensando en que pudiera haber otros productos y realizar lo mismo en otras áreas endémicas. Así surgen otras iniciativas, hasta el punto que hoy existen en el Cono Sur, Pacto Andino, Centroamérica, México y Amazonia.

**B-L** ¿Qué podemos decir ha pasado en estos años?

**D** Pasados estos 15 años, podemos decir que se consolidó la interrupción de transmisión en muchos lugares, que la región está trabajando en protocolos homogéneos, pero autónomos de tecnología, que los precios de los insumos han mejorado, ya que las compras se hacen concertadas. Por ejemplo, en Brasil cuando comienza la iniciativa una dosis de insecticida salía por 15 dólares, mientras en Bolivia pagaban 70 dólares por el mismo insecticida. Con esto hubo homogeneidad de criterios, mucho entrenamiento de un país con otro, modos de compartir tecnologías, muchos aportes de investigaciones nuevas y, principalmente, se dio la consolidación del programa a nivel de unos países participantes, y en otros la implementación definitiva del programa, como en Paraguay y Bolivia. De manera que el propósito de la eliminación del *T. infestans* se ha logrado en muchos lugares de la región, en Uruguay, en algunas provincias de Argentina, en muchas provincias de Brasil. No hubo más transmisión transfusional, llegándose hoy a un 98% de control de todos los bancos de sangre de la región; y, una consecuencia de esto es la disminución de la transmisión congénita, que también está bajando en toda el área.

**B-L** ¿Y como ves el futuro de la iniciativa del Cono Sur?

**D** El futuro tiene problemas. La dificultad en el futuro será cómo mantener el control de la enfermedad como una prioridad, sin que exista visibilidad de la transmisión, cuando la carga de la enfermedad está bajando y en el momento en el los intereses políticos se muevan hacia otros problemas. Ya en este momento hay, por ejemplo, mucha transferencia de recursos que estaban destinados al programa de Chagas, para atacar el problema del dengue. No obstante, la situación actual de Chagas en los países del Cono Sur es mucho más de vigilancia epidemiológica que de ataque global. Los paradigmas hoy están mucho más orientados hacia la participación comunitaria y los sistemas locales de salud, que hacia programas nacionales grandes, pesados y verticales. Los desafíos son mantener la atención primaria y secundaria para los infestados, tratar ca-

esos agudos, por ejemplo, pues ya casi no existen. Se trata mucho más de buscar la epidemiología de las nuevas situaciones, como en la Amazonia, la transmisión oral, que de buscar insumos para matar chinches.

Pero una preocupación que tenemos nosotros es la situación de recursos humanos, creo que incluso en Venezuela ha pasado lo mismo, pues lo he comprobado, los vinchuqueros son muy mayores, los inspectores también. Y debido a la política de gobierno no es fácil la admisión de nuevo personal. En Brasil además hay cada vez menos personal federal y más personal municipal, que tiene otras prioridades. Es difícil mantener la gente que sostenga el programa durante 10 ó 15 años más, que es el tiempo aproximado que necesitamos nosotros para consolidar los logros.

**B-L** ¿Y cómo será la situación de los bancos de sangre?

**D** Yo no creo que se vaya a complicar mucho el escenario a nivel transfusional, ya que el SIDA mantiene los bancos de sangre bajo mucha presión. Y si hay poca transmisión transfusional, también la tasa de transmisión congénita será de baja. El problema es el cálculo costo-beneficio de esto, pues en Brasil tenemos hoy en día un promedio de 5 millones de transfusiones de sangre al año, con un 98% de los bancos controlados por serología, un promedio de infección de donantes de sangre de alrededor de 0,6% de las personas candidatas a donación infestados. Con una falla de la serología de alrededor de un 1%, se producirían nada más que 20 casos al año. Esto es importante, pues Brasil ya contó en el pasado con 20 mil casos de infectados al año por transmisión de sangre. Entonces, el problema sociológico consiste en hasta qué punto van a mantener la vigilancia sobre bancos de sangre, con 5 millones de transfusiones al año en Brasil, cuando cada análisis de sangre sale a un costo de 3 dólares cada uno. ¿Vale la pena mantenerlo? La pregunta que va a surgir en el futuro es cuántos millones de dólares se gasta para prevenir una infección y esa es una discusión que tendrá que ver con los políticos y los planificadores.

**B-L** ¿Cómo puede afectar el cambio climático la reinfestación?

**D** Mucho, porque se está deforestando monte por todos lados y nosotros sabemos que en el Chagas tradicional la transmisión es en campos y lugares abiertos. Allí hay dos situaciones que se deben tomar en cuenta: una, si nos sobrepasa el problema y otra si hay capacidad de reaccionar ante el reinicio de la infestación y transmisión. Dependiendo de esto puede haber un retroceso. Por ejemplo, aquí en Brasil hay

algunos sitios, dos o tres, donde se ha observado todo ello. En Venezuela hay algunos lugares, donde se pueden observar reinfestaciones más o menos importantes; en Bolivia con la reducción del programa ahora está surgiendo en algunos lugares; así como en Argentina, donde ha habido un retroceso en algunos lugares. Así pues, la velocidad dependerá de algunos factores, si existe o no migración rural-urbana, ya que cuando el proceso de urbanización se hace con mucho deterioro social, pueden aparecer infestaciones importantes en núcleos urbanos, aunque con una tasa de transmisión más baja, pero presente.

El gran problema es la vuelta de la infestación doméstica por chinches y en lugares socialmente más deprimidos o el surgimiento de escenarios nuevos como, por ejemplo, la ocupación indebida de la Amazonia, que siempre es un peligro y ahora ha emergido con fuerza en Brasil, con transmisiones orales por producción de comida y zumos en lugares donde hay muchos focos selváticos de los chinches. Entonces, aunque no tengamos una situación de emergencia muy fuerte, aparentemente esta creciendo la transmisión oral.

**B-L** ¿La clave parece que está entonces en la vigilancia?

**D** Sí, en que los países mantengan la vigilancia, que los sistemas locales de salud tengan una mínima capacidad de reaccionar ante focos de triatomas intradomiciliarios y que los programas, los mejores expertos nacionales sean capaces de mantener acceso a la voluntad política para mantener un programa de vigilancia mínimamente efectivo. Aunque sabemos que los chinches tienen una capacidad de adaptación al domicilio muy, muy lenta y son muy pocas las especies que son capaces de entrar y de producir una endemidad importante (tales como *Rhodnius prolixus* o como *T. infestans*, pero no tanto para *T. maculata*), eso nos proporciona una pequeña, pero permanente amenaza.

La vigilancia es para detectar focos emergentes, pero siempre se requerirá. Chagas difiere de los programas y los sueños de erradicación que tenemos para la viruela, la polio, pues en esos casos no hay reservorios exteriores de la gente y del trasmisor. En esta enfermedad hay reservorios y mientras existan montes y existan chipos viviendo en los montes, habrá siempre un riesgo pequeño de reentrada, pero, si hay la vigilancia, yo creo que dentro de 20 años tendremos una situación de mucho control. No creo que esto implique tantos grandes costes en el programa, y asimismo permitirá sistemas locales y regionales medianamente sensibilizados y capacitados para actuar eliminando focos.

**B-L** ¿Y qué deberían hacer esos científicos, cuáles serían las áreas donde uno tendría que pensar, qué se tendrían que enfocar en esta nueva fase?

**D** Hay dos puntos relevantes, uno, son las capacidades de detección y respuesta a las nuevas situaciones epidemiológicas, por ejemplo, si hay más resistencia al insecticida, si en ambientes de montes empieza una transmisión oral de Chagas, si aumentan los brotes de transmisiones exóticas vinculadas, por ejemplo, al turismo ecológico, entonces todas estas situaciones epidemiológicas generan preguntas científicas que ameritan el conocimiento. El segundo punto importante es el cuidado médico, la atención médica y social para los infectados, porque son 12 millones de infectados. Se puede hacer cuentas y se verá que los próximos 15, 20 años serán aún importantes estos infectados por la morbilidad, las pérdidas sociales, el ausentismo laboral, muchas cosas que merecen una atención médica y social, puesto que seguramente un 10%, 15% o hasta un 20%, van a tener una cardiopatía importante y esto puede significar pérdidas sociales importantes.

**B-L** Porque la pregunta que uno se hace es: las iniciativas han sido exitosas, pero las sociedades y los gobiernos han asimilado la relevancia que eso ha tenido, porque han sido elementos muy puntuales los que han liderado todo esto, sin embargo, la sociedad que los ha asimilado ¿ha hecho lo propio?

**D** Si hubo un país que se dedicó con más fuerza y más empuje, y antes que todos los demás al control de Chagas, ha sido Venezuela, y no me parece que hubiera un gran impacto político en Venezuela. En la era de Gabaldón hubo en Malariología un gran esfuerzo de trabajo que no fue incorporado políticamente como, por ejemplo, se incorpora la lucha contra la SIDA. Eso quizá se explica por las características propias de la enfermedad de Chagas que no tiene ese impacto en el corto plazo, puesto que depende siempre de un estímulo, de algunos brotes que tengan repercusión mediática, porque si bien se puede mensurar la ganancia económica, a los costes económicos, como tú has hecho, no se les da importancia. Si uno compara lo que cuesta la prevención y la curación de un caso de SIDA, con un chagásico, el caso de Chagas tiene mucho más impacto, pero, a pesar de eso, el impacto económico y social del Chagas casi no se percibe, porque se transmite muy lentamente y en gente que tiene bajísima relevancia social, lo que le hace muy diferente al SIDA y paludismo.

**B-L** ¿Hasta qué punto es importante el tema de la vivienda en el control?

**D** Importantísimo. Yo le doy un dato, en Brasil, con más o menos casi 4 mil municipalidades con chinches, con chipos, el promedio nacional de triatomas colonizados intradomicilio no llega al 2%, en la fecha actual, cuando en el pasado fue de un 60%, 70% de viviendas colonizadas. Entonces debo decir que la vivienda es un factor fundamental para el control de vectores y, además, la mejora de la vivienda trae muchos otros beneficios psicosociales, esto ya está escrito en *La Casa Enferma*, no se si usted conoce este libro... [risas].

Pero el problema se concentra ahora en el peridomicilio, el 98% de los focos de triatomas hoy en día en las 4 mil municipalidades de Brasil, está en el peridomicilio. Entonces ocuparse de la vivienda hoy día significa dos cosas: alcanzar una vivienda digna, para que viva una población que debe participar en un programa y que no tiene, ni quiere chinches dentro de su casa. Y segundo el peridomicilio, donde la situación cambia mucho, pues puede sobrevenir una infestación accidental de la casa. En Brasil hoy están desapareciendo los clásicos ranchos, pero en peridomicilio sigue la misma situación difícil, con corrales, con montones de basura, muchas situaciones favorables para provocar infestaciones por los triatomas.

Y cambiar esto va a pasar por la disponibilidad de la familia. Yo me acuerdo de un proyecto que apoyamos con “pequeñas becas” en Chile, allí aparecía la importancia de la mujer, cuando la mujer ganaba dinero podía arreglar el domicilio y cuando había una mejoría de vida, también se dedicaban a arreglar el peridomicilio.

**B-L** ¿Y cómo influencia en esto la educación?

**D** En cuanto a la educación yo creo que hay dos caminos importantes, uno va a ser la capacidad que la gente muestre de reaccionar ante la presencia de un insecto en su casa, y esto pasa porque exista educación. Yo tengo la costumbre de decir que hasta la fecha casi nada se ha hecho en la educación formal para el control de la enfermedad de Chagas, prácticamente en todos los países que he visitado, hay experiencias locales y puntuales buenas, pero a nivel de grandes políticas nacionales yo creo que no. Podemos hacer una investigación en el Ministerio de Educación de Venezuela para verificar esto: si la enfermedad de Chagas tiene alguna representación, porque seguramente no la tiene, como tampoco existe en Brasil o en Argentina. El segundo componente sería el mantenimiento de la cultura, que en esta enfermedad es problemática, pues es importante que la gente sepa sus síntomas, sus signos, para identificar un caso agudo, o uno crónico y que pueda acudir en la búsqueda de atención y reciba un apoyo a nivel del Ministerio de Salud.

**B-L** En el año 2009 se van a cumplir los 100 años de la descripción de la enfermedad en el famoso artículo de Carlos Chagas, ¿cómo crees que podríamos celebrar bien los 100 años de la enfermedad de Chagas los latinoamericanos?, ¿cuál sería el mejor homenaje a Carlos Chagas?

**D** Con nuestras fuerzas, con nuestras limitaciones con el empuje de la gente campesina que realmente es la protagonista más importante de todos, con los infectados, con los que están bajo amenaza, pues la disposición es buena, con todos yo propondría gritar, como hacía la hinchada ecuatoriana cuando se enfrentaba a equipos poderosos como los de Brasil o Argentina: “sí, es posible”, “adelante, es posible”. Yo creo que este sería el lema, para dejar clara la situación epide-

miológica, y añadiría algo más como fijarse más de cerca en la población campesina, observar la casa enferma, decir al final “sí, es posible”, y decirlo no como una actitud de esperanza pasiva en el futuro, sino con unos hechos definidos, bien programados y eso será así, cuando detrás de un tripanosoma o de un chinche, se descubra que hay un ser humano. Entonces se podrá decir que la mejor celebración es encontrarnos con el futuro y las esperanzas de toda la gente campesina latinoamericana que podrá vivir sin esta enfermedad.

---

Recibido el 28/Feb/2008

Versión final presentada el 04/Jun/2008

Aprobado el 16/Jun/08