

## 付 属 資 料

- 1 . 評価グリッド
- 2 .1 問題分析ツリー (PCMワークショップでグループごとに作成したもの)
- 2 .2 目的分析ツリー (PCMワークショップでグループごとに作成したもの)
- 3 . 第二次事前調査協議議事録 (M/M) (英文・西文)
- 4 . 討議議事録 (R/D) および付属協議議事録 (M/M) (英文・西文)
- 5 . 修正通知 (Amendment) (英文・西文)
- 6 . シャーガス病の疫学監視に関するプロトコル
- 7 . PDM (第1版) (和文)

# 1. 評価グリッド

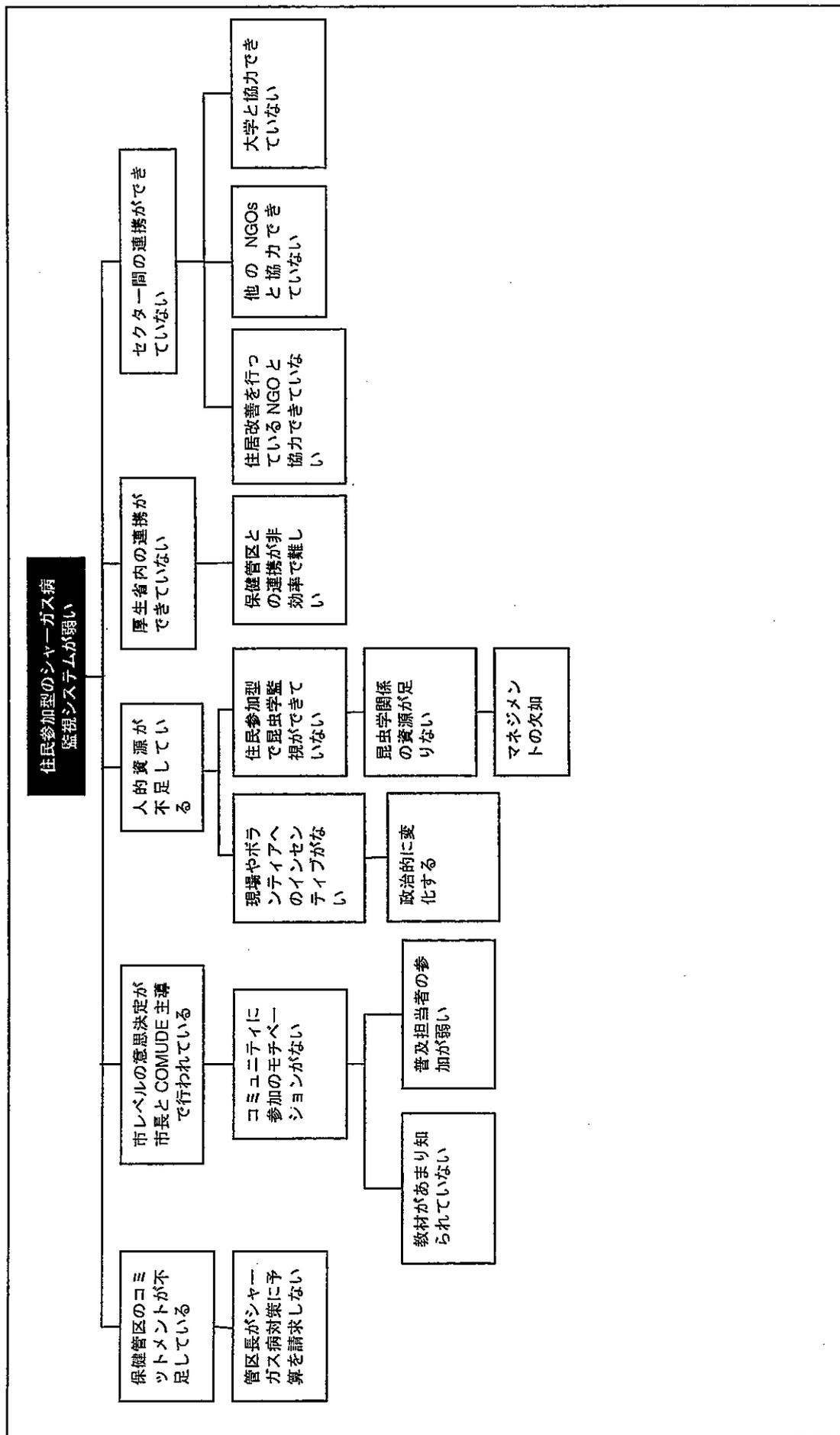
○:国内作業期間中に確認する事項 ●:現地で確認する事項

評価項目	調査項目	主な検討事項・具体的な調査質問	情報源/調査方法
		グアテマラ	
実施プロセス (予測)	<b>実施プロセス</b>		
	プロジェクトのマネジメント体制(モニタリングの仕組み、意思決定過程など)に問題はないか?	●プロジェクトの実施体制(JCCメンバー、意思決定システム、JICAとカウンターパートとの役割分担など)の的確性と現実性。	・厚生省C/Pへのインタビュー
	実施機関やカウンターパートのプロジェクトに対する認識は高いか?	●厚生省本省だけでなく県保健管区事務所、保健センター・ポストにおけるプロジェクトに対する認識度。	・厚生省C/Pへのインタビュー ・厚生省県レベルC/Pへのインタビュー
	適切なカウンターパートが配置されるか?	●配置予定のカウンターパートとその的確性。	・厚生省C/Pへのインタビュー ・厚生省県レベルC/Pへのインタビュー
	活動を計画通りに行うための投入は保証されているか?	●カウンターパート配置の見通し。 ●予算確保の見通し。 ●プロジェクト開始時に必要な殺虫剤散布員と殺虫剤の確保見通し。 ●関係者のプロジェクトへの参画意識。	・厚生省C/Pへのインタビュー
	ターゲット・グループや関係組織のプロジェクトへの参加度やプロジェクトに対する認識は高い、もしくは高まる事が期待されるか?	●関係者のプロジェクトへの参画意識。	・厚生省C/Pへのインタビュー ・厚生省県レベルC/Pへのインタビュー ・PCMワークショップへの参画状況
その他、プロジェクトの実施過程で留意しなければならない事柄や活動を阻害する要因はあるか?	●媒介虫生息のハイリスク地域で未調査地区での調査や殺虫剤散布が完了する見通し。 ●その他の留意事項。	・厚生省C/Pへのインタビュー ・厚生省県レベルC/Pへのインタビュー	
妥当性 被援助国のニーズとの整合性、日本の援助事業として妥当性があるか	<b>必要性</b>		
	対象国・地域・社会のニーズに合致しているか?	○中米シャーガス病対策イニシアチブ(IPCA)(目標年2010年、Rp削減は2013年)に基づく取り組み必要性。 ●国家シャーガス病対策計画(2008~2013年)の策定・予算承認状況。 ○WHO/PAHOのシャーガス病対策新イニシアチブとの整合性。	・各種政策・戦略文書のレビュー ・厚生省C/Pへのインタビュー ・PAHOへのインタビュー
	ターゲット・グループ(厚生省)のニーズに合致しているか?	●プロジェクトの上位目標案(グアテマラにおいて媒介虫によるシャーガス病の感染が減少する)、およびプロジェクト目標案(対象国のハイリスク地域において監視システムが強化される)と相手国ニーズとの整合性。	・厚生省C/Pへのインタビュー ・PCMワークショップ
	<b>優先度</b>		
	相手国の開発政策との整合性はあるか?	●コロン政権の保健政策におけるシャーガス病対策の位置づけ。 ●国家シャーガス病対策計画(2008~2013年)とプロジェクト概要案との整合性。(特に成果、活動案との合致状況)	・各政策・開発計画のレビュー ・厚生省C/Pへのインタビュー
	日本の援助政策・JICA 国別事業実施計画との整合性はあるか?	○東京宣言・行動計画(2005年8月)、G8洞爺湖サミットでの宣言における我が国のODA政策との整合性。 ○中米地域事業実施方針(保健・医療分野)との整合性。 ○国別事業実施計画(保健衛生サービス改善プログラム)との整合性。	・各方針・計画のレビュー
	<b>手段としての適切性</b>		
	プロジェクトは相手国の対象分野・セクターの開発課題に対する効果を上げる戦略として適切か?(プロジェクトのアプローチ、対象地域は適切か、他ドナーとの援助協調において、どのような相乗効果があるかなど)	●プロジェクトのアプローチ(カウンターパートの能力強化を通じた監視システムの強化、監視システムのオプション提示と国家ガイドライン策定・モニタリング手法)の的確性。 ●シャーガス病対策支援と保健システム強化との整合性。 ●他ドナーによる援助との協調・相乗効果の可能性。	・厚生省C/Pへのインタビュー ・PCMワークショップ ・PAHOへのインタビュー
	ターゲット・グループ(厚生省)の選定は適正か?(対象、規模、男女比など)	●プロジェクト対象国選定プロセスの適正度 ・昆虫学データ、疫学データ、急性患者発生数 ・シャーガス病対策状況 ・実施体制 ●A群、B群、C群の分類の適正度。 ●カウンターパート選定の適正度。	・専門家報告書のレビュー ・厚生省C/Pへのインタビュー ・厚生省県レベルC/Pへのインタビュー ・サイト調査
	ターゲット・グループ(厚生省)以外への波及性はあるか?	●持続的なシャーガス病対策に向けた、対象国(特に先進国であるA群)を中心とした監視システムの他県への波及可能性。 ●プロジェクト対象国でのシャーガス病対策に関する経験・知見の他県への共有可能性。他県での人員配置・予算措置など。	・厚生省C/Pへのインタビュー
効果の受益や費用の負担が公平に分配されるか?	●特定の地域に受益や費用負担が偏る可能性	・厚生省C/Pへのインタビュー ・厚生省県レベルC/Pへのインタビュー	
日本の技術の優位性はあるか?(日本に対象技術のノウハウが蓄積されているか、日本の経験を生かせるかなど)	●過去の同国及びホンジュラス、エルサルバドルでの実績・成果(ノウハウ)の活用可能性。	・専門家報告書のレビュー ・厚生省C/Pへのインタビュー	
有効性 (予測)	<b>プロジェクト目標の内容</b>		
	プロジェクト目標は明確に記述されているか?	●プロジェクト目標の明確性。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー
	プロジェクト目標の指標は目標の内容を的確に捉えているか?	●プロジェクト目標の指標の的確性(昆虫学的調査、血清学的調査、監視システム機能度チェックリストの評点等における各目標数値)。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー
	プロジェクト目標の指標入手手段は適切か?	●プロジェクト目標の指標入手手段(昆虫学的調査、血清学的調査、監視システム機能度チェックリストの評点等)の適切性。 ・コスト・時間・労力の面で負担が大きすぎないか。 ・モニタリングの手段として活用できるか。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー
	<b>因果関係</b>		
	プロジェクト目標は、プロジェクト終了時にプロジェクトの効果として達成されるものであるか?	●プロジェクト目標は、プロジェクトを実施したことによる直接的な効果として達成されるものか(ロジックの確認)。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー
プロジェクト目標を達成するために十分なアウトプットが計画されているか?	●PDM案で設定される成果はプロジェクト目標を達成するために十分であるか(ロジックの確認)。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー	
アウトプットからプロジェクト目標に至るまでの外部条件は適切に認識されているか?	●外部条件の的確性。 ●外部条件が満たされる可能性。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー	
プロジェクト目標の達成を阻害する要因はあるか?	●その他の阻害要因。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー	

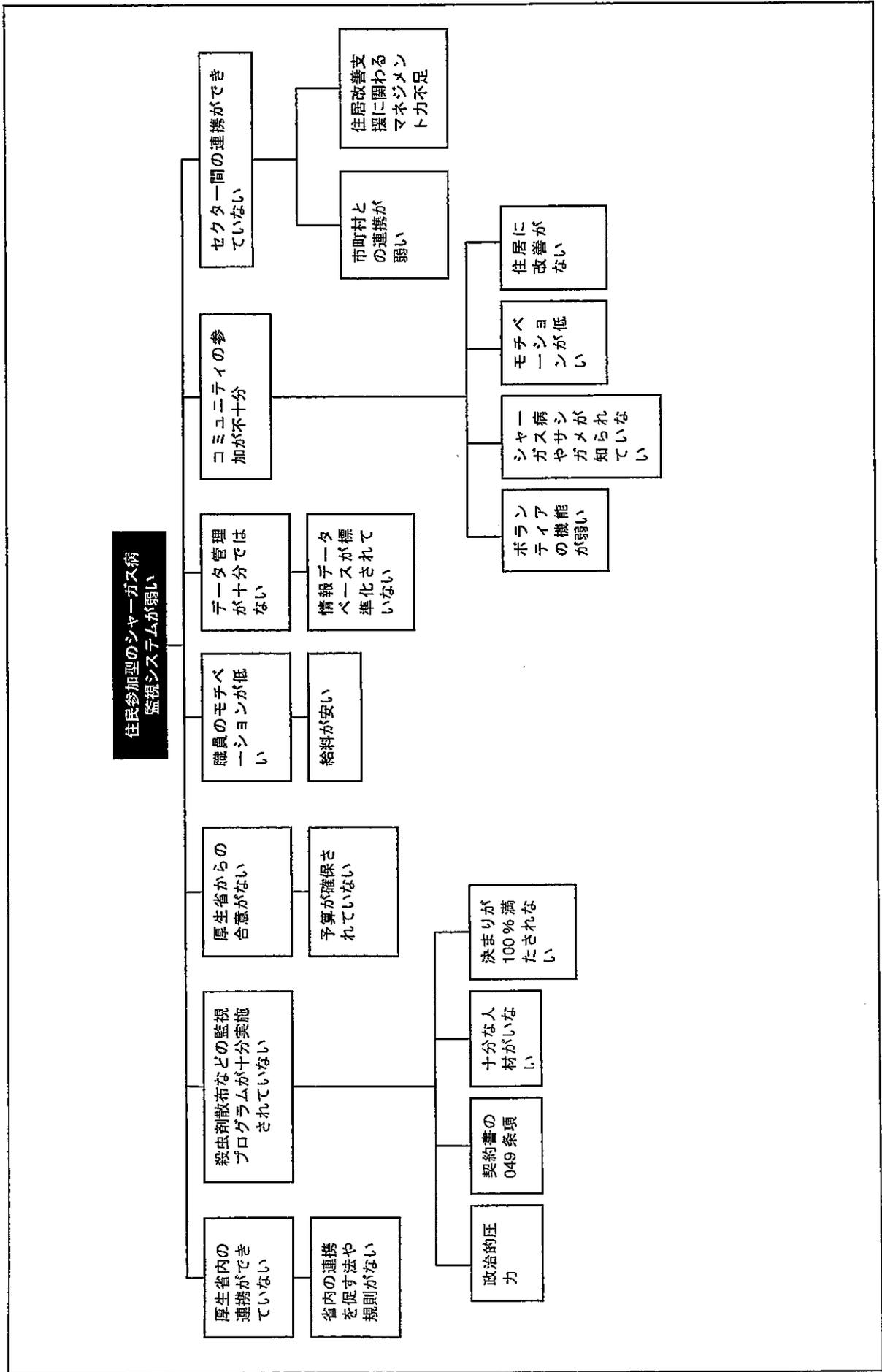
効率性 (予測)	アウトプットの内容		
	アウトプットの指標は内容を的確に捉えているか？	●アウトプットの指標的的確性、数値の妥当性。 1-1. 監視システムのオプション(案)が複数提示される 1-2. 監視システムの機能度チェックリストが開発される 1-3. 国家ガイドラインが策定される 2-1. 監視システムの導入計画が立案された保健センター・ポスト数 2-2. 監視システムを導入・運営する保健センター・ポスト数 2-3. 中央・県保健管区によるスーパーバイズの巡回回数・頻度 2-4. シャーガス病対策に関する住民の知識が増える 3-1. 半期セミナー、研修会・フィールド訪問等の回数・参加人数 3-2. 県保健管区関係者の研修成果 3-3. データが定期的に厚生省本省に提出される	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー ・厚生省県レベルC/Pへのインタビュー
	アウトプットの指標入手手段は適切か？	●アウトプット指標の入手手段の適切性。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー ・厚生省県レベルC/Pへのインタビュー
	因果関係		
	アウトプットを産出するために十分な活動が計画されているか？	●PDM案で設定される活動は各アウトプットを達成するために十分であるか(ロジックの確認)。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー
	活動を行うために過不足ない量・質の投入が計画されているか？	●計画されている投入の量・質で活動を実施できるか。活動を実施するために必要な量と質の投入が計画されているか。 ・厚生省予算措置と効率的な運用計画 ・保健ボランティア、殺虫剤散布員の確保方法 ・過去の協力におけるノウハウと供与機材の効率的活用方法 ・他ドナー連携および見返り資金の活用 ・JOCVとの連携	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー ・厚生省県レベルC/Pへのインタビュー ・他ドナーへのインタビュー
	活動からアウトプットに至るまでの外部条件は適切に認識されているか？	●外部条件の的確性。 ●外部条件が満たされる可能性。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー
	タイミング		
	投入のタイミングは適切に計画されているか？	●PO案において、活動を円滑に実施できるよう、投入の時期が計画されているか。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー
	コスト		
類似プロジェクトと比較して、アウトプットは投入に見合ったものか？	●過去の協力やホンジュラス、エルサルバドルでの協力との比較からの的確性。代替手段の可能性。	・各方針・計画のレビュー ・他ドナーへのインタビュー	
類似プロジェクトと比較して、プロジェクト目標は投入に見合ったものか？	●過去の協力やホンジュラス、エルサルバドルでの協力との比較からの的確性。代替手段の可能性。	・各方針・計画のレビュー ・他ドナーへのインタビュー	
インパクト (予測)	上位目標の内容		
	上位目標の指標は目標の内容を的確に捉えているか？	●上位目標の指標的的確性。 ●指標数値の妥当性。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー
	上位目標の指標入手手段は適切か？	●上位目標の指標入手手段の適切性。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー
	因果関係		
	上位目標は、プロジェクトの効果として発現が見込まれるか？	●上位目標は、プロジェクトを実施したことによる直接的な効果として達成されるものか(ロジックの確認)。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー
	上位目標と開発課題の関連性・論理は明確か？	●対象国の開発課題と上位目標との関連性は高いか。	・各開発計画のレビュー
	プロジェクト目標から上位目標に至るまでの外部条件は適切に認識されているか？	●プロジェクト目標達成後、上位目標が達成されるために必要な外部条件が全て認識されているか。 ●外部要因が満たされる可能性。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー
	上位目標の達成を阻害する要因はあるか？	●上位目標の達成を妨げる要因はあるか。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー
	波及効果		
	上位目標以外の効果・影響が想定されるか？	●想定される効果・影響。 ●想定されるマイナスの影響についてそれを軽減するための対策は取られているか？	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー ・厚生省県レベルC/Pへのインタビュー ・他ドナーへのインタビュー
ジェンダー、民族・部族、言語、社会的階層の違いにより、異なったプラス・マイナスの影響はあるか？	●プラスの影響が出る可能性。 ●マイナスの影響が出る可能性。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー ・厚生省県レベルC/Pへのインタビュー ・他ドナーへのインタビュー	
自立発展性 (見込み)	政策・制度面		
	政策支援は協力終了後も継続するか？	●中米シャーガス病対策イニシアチブ(IPCA)(目標年2010年、Rq削減は2013年)の方向性。 ●国家シャーガス病対策計画(2008～2013年)の方向性。	・各方針・計画のレビュー ・厚生省C/Pへのインタビュー
	関連規則、法制度は整備されているか？	●国家シャーガス病対策計画(2008～2013年)の法制度面での裏づけ。	・各方針・計画のレビュー ・厚生省C/Pへのインタビュー
	組織・財政面		
	協力終了後も、効果あげていくための活動を実施する組織能力はあるか？	●協力終了後も活動を実施する組織能力があるか。(人材配置、予算、オーナーシップなど) ・厚生省実施体制 ・監視システムの定着 ・リソース(市役所等)の動員	・厚生省C/Pへのインタビュー ・厚生省県レベルC/Pへのインタビュー
	技術面		
	プロジェクトで用いられる技術移転の手法は受容されるか？	●プロジェクトによる厚生省関係者の能力強化を主眼とした協力が受容されるか。	・厚生省C/Pへのインタビュー ・厚生省県レベルC/Pへのインタビュー
	プロジェクトで導入予定の資機材の維持管理計画は妥当か？	●厚生省による資機材の維持管理計画の妥当性。	・厚生省C/Pへのインタビュー ・厚生省県レベルC/Pへのインタビュー
	普及のメカニズムはプロジェクトに取り込まれているか？	●プロジェクトの効果を普及させていくメカニズムが確保されているか。 ●厚生省が普及メカニズムを維持できる可能性。	・厚生省C/Pへのインタビュー ・厚生省県レベルC/Pへのインタビュー
	社会・文化・環境面		
女性、貧困層、先住民、社会的弱者への配慮不足により持続的効果を妨げる可能性はないか？	●脆弱グループへの配慮と自立発展性との関係。	・厚生省C/Pへのインタビュー ・厚生省県レベルC/Pへのインタビュー	
環境への配慮不足により持続的効果を妨げる可能性はないか？	●環境配慮と自立発展性との関係。	・厚生省C/Pへのインタビュー ・厚生省県レベルC/Pへのインタビュー	
その他			
自立発展性を阻害するその他の要因はあるか？	●その他の阻害要因。	・PCMワークショップ ・厚生省C/Pへのインタビュー	

2.1 問題分析ツリー (PCMワークショップでグループごとに作成したもの)

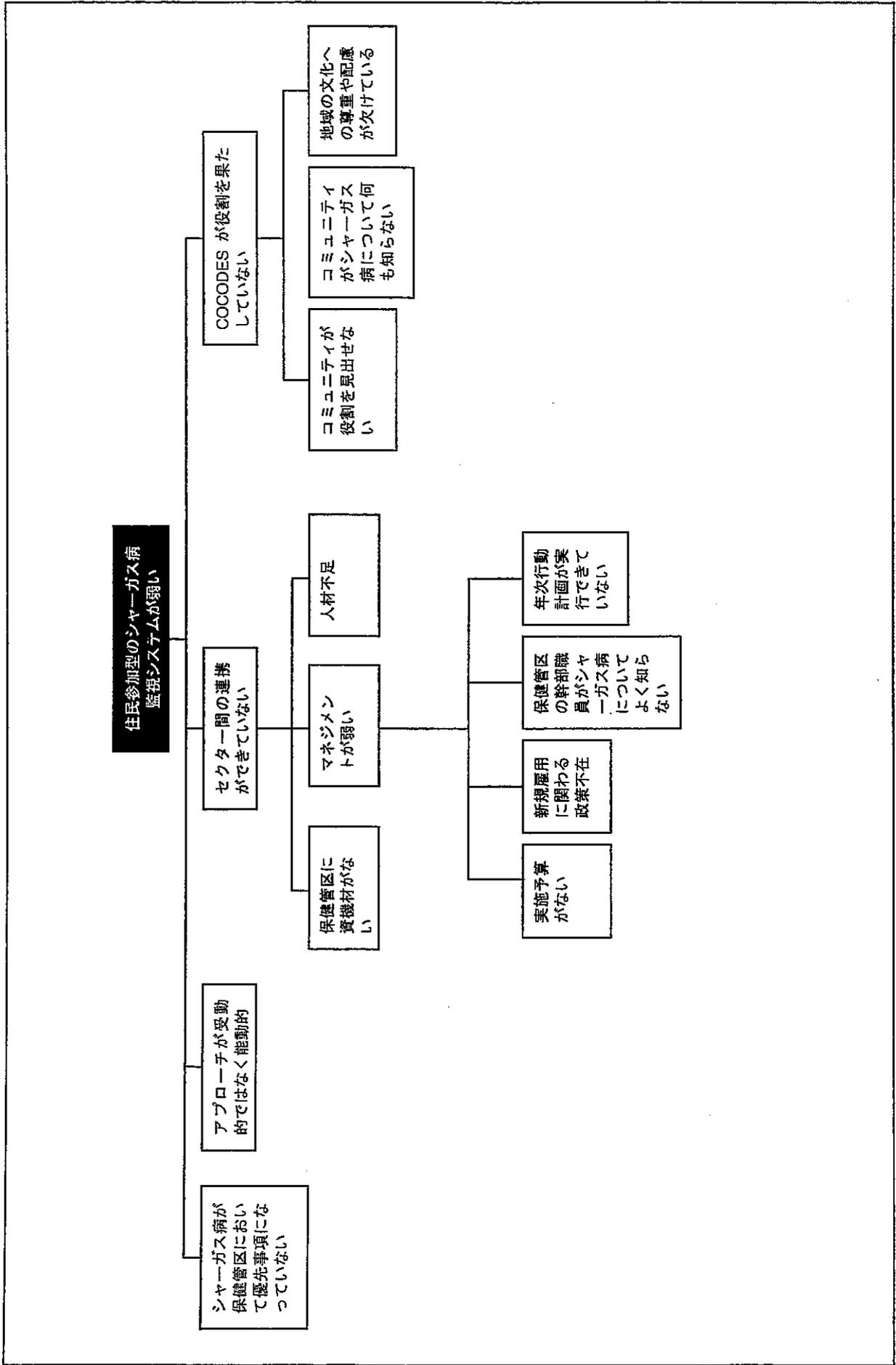
問題分析ツリー (グループ1)



問題分析ツリー（グループ2）

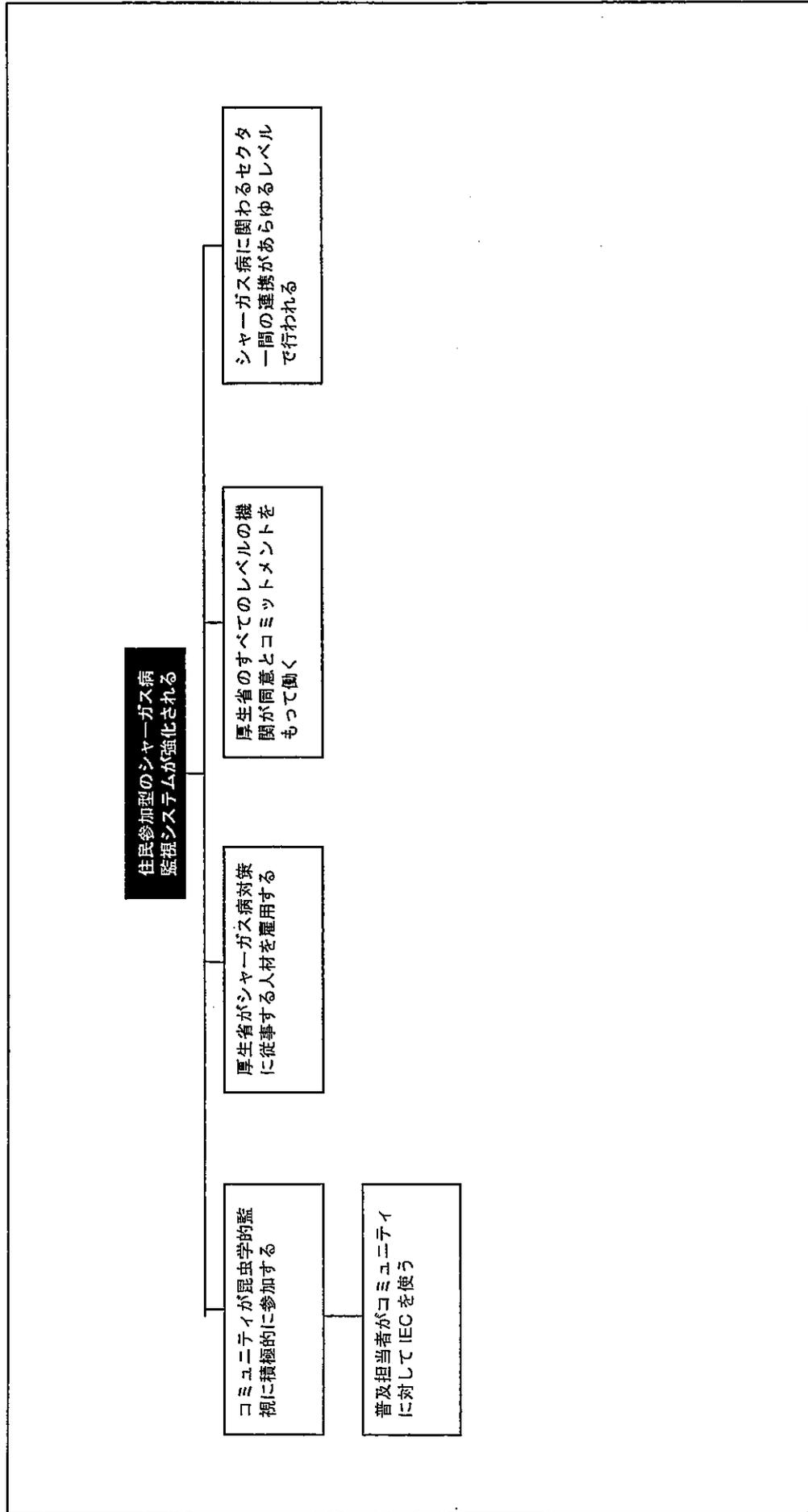


問題分析ツリー (グループ3)

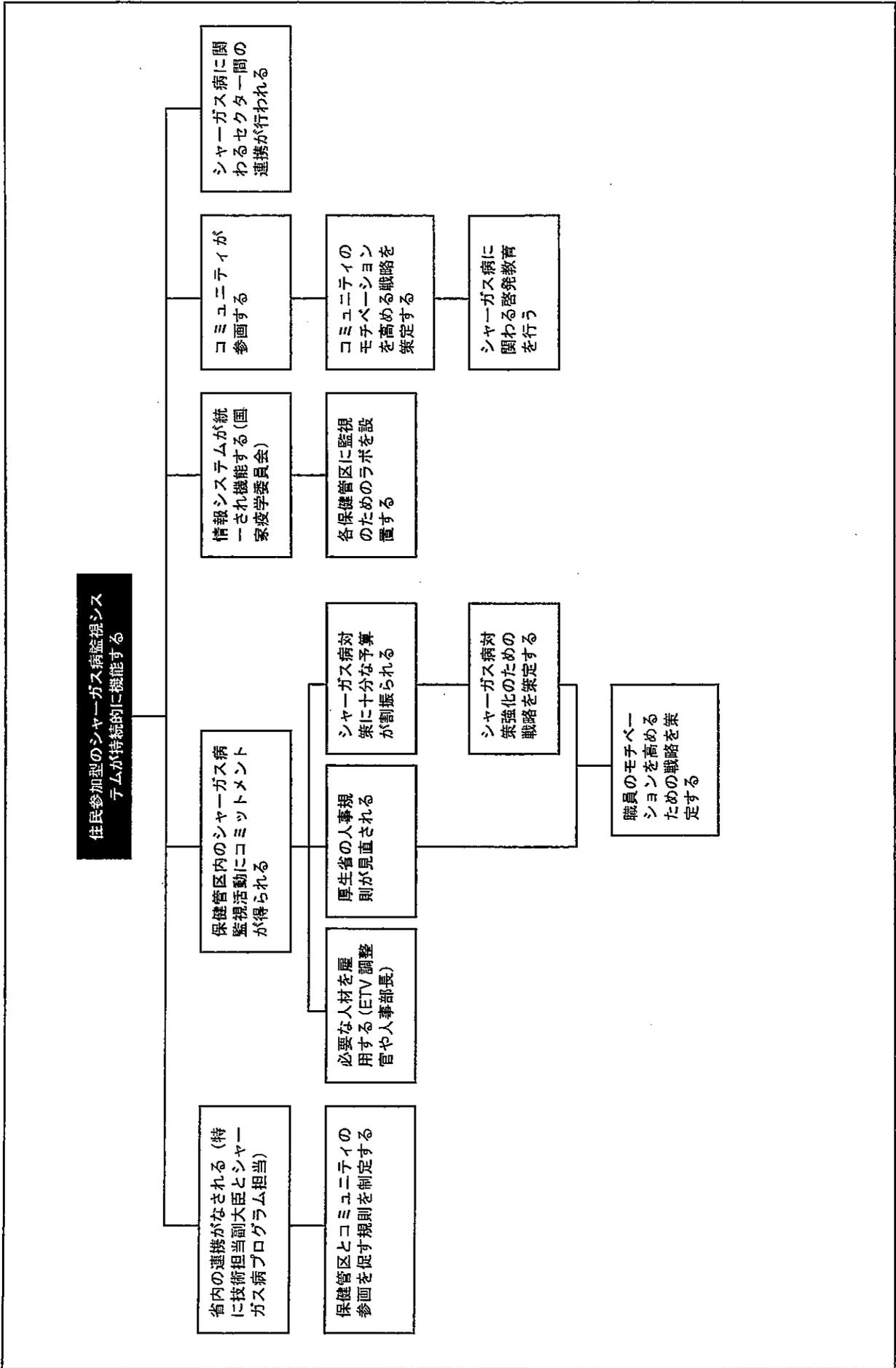


## 2.2 目的分析ツリー (PCMワークショップでグループごとに作成したもの)

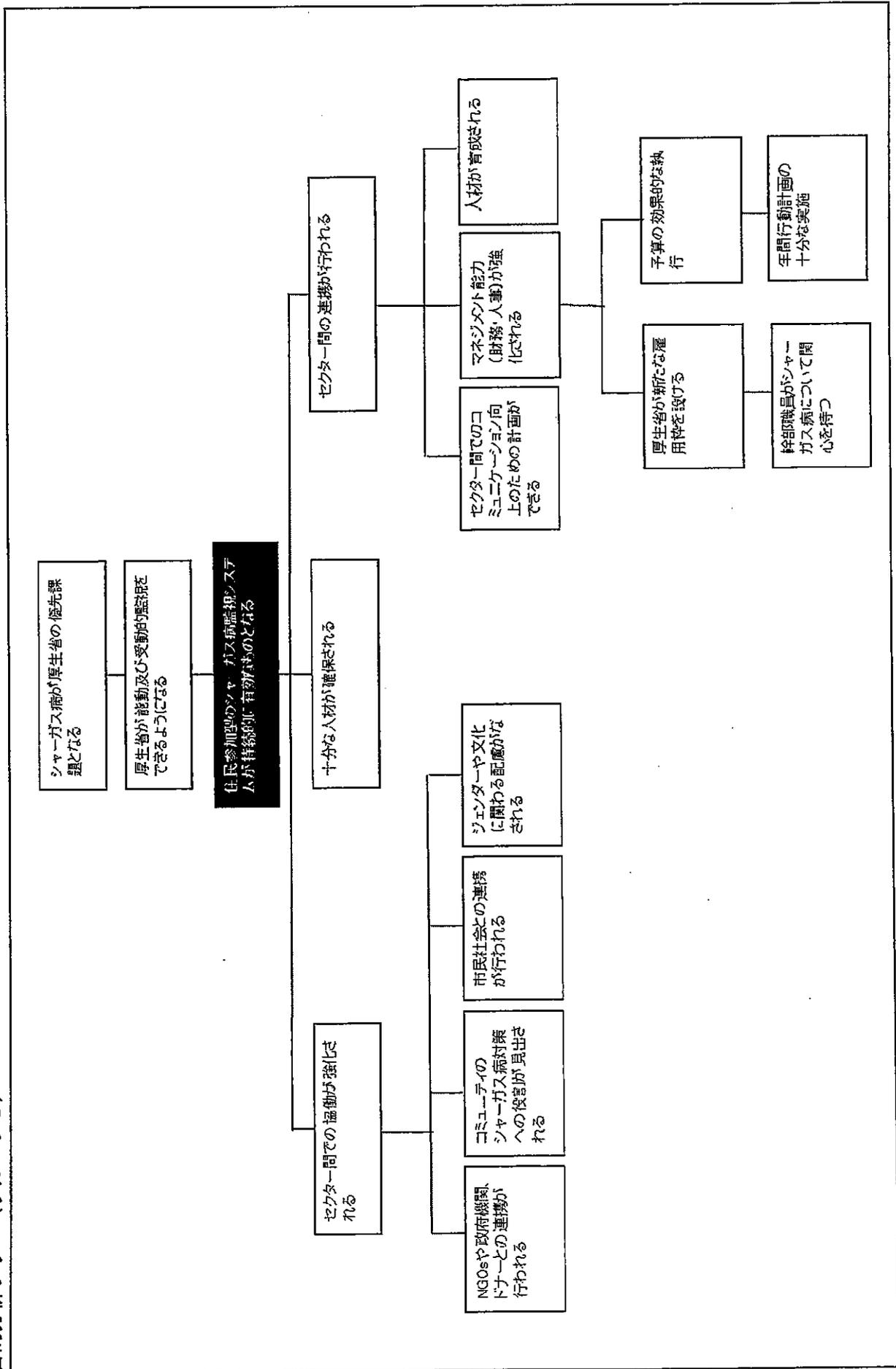
目的分析ツリー (グループ1)



目的分析ツリー (グループ2)



目的分析ツリー (グループ3)



**MINUTES OF MEETING  
BETWEEN  
THE JAPANESE PREPARATORY STUDY MISSION  
AND  
MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL ASSISTANCE  
OF  
THE REPUBLIC OF GUATEMALA  
ON  
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION  
FOR  
PROJECT FOR THE CONTROL OF CHAGAS DISEASE  
(ESTABLISHMENT OF SUSTAINABLE SURVEILLANCE SYSTEM)**

The Preparatory Study Mission (hereinafter referred to as "the Mission") of Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") visited the Republic of Guatemala (hereinafter referred to as "Guatemala") from 29th September to 10th October, 2008 for the purpose of discussing the design and framework of the requested technical cooperation project entitled "Project for the Control of Chagas Disease (Establishment of Sustainable Surveillance System)" (hereinafter referred to as "the Project").

During its stay in Guatemala, the Mission conducted field surveys and had a series of discussions on the matters related to the Project with the authorities concerned.

As a result of the discussions, both sides reached common understandings concerning the matters referred to in the document attached hereto.

The minutes of meetings are written both in English and Spanish. When difference of interpretation arises, the English version will prevail.

Guatemala City, 10th October 2008



Dr. Hirotsugu Aiga  
Leader  
Preparatory Study Mission  
Japan International Cooperation Agency  
Japan



Dr. Celso David Cerezo Mulet  
Minister  
Ministry of Health and Social Welfare  
Republic of Guatemala

Honorable Witness:



Lic. Rafael Díaz Makepeace  
Director of International Cooperation  
Secretary of Planning and Programming  
Republic of Guatemala

**MINUTES OF MEETING  
BETWEEN  
THE JAPANESE PREPARATORY STUDY MISSION  
AND  
MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL ASSISTANCE  
OF  
THE REPUBLIC OF GUATEMALA  
ON  
JAPANESE TECHNICAL COOPERTAION  
FOR  
PROJECT FOR THE CONTROL OF CHAGAS DISEASE  
(ESTABLISHMENT OF SUSTAINABLE SURVEILLANCE SYSTEM)**

The Preparatory Study Mission (hereinafter referred to as "the Mission") of Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") visited the Republic of Guatemala (hereinafter referred to as "Guatemala") from 29th September to 10th October, 2008 for the purpose of discussing the design and framework of the requested technical cooperation project entitled "Project for the Control of Chagas Disease (Establishment of Sustainable Surveillance System)" (hereinafter referred to as "the Project").

During its stay in Guatemala, the Mission conducted field surveys and had a series of discussions on the matters related to the Project with the authorities concerned.

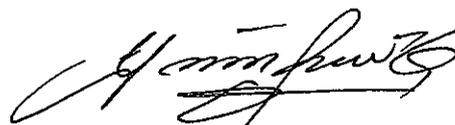
As a result of the discussions, both sides reached common understandings concerning the matters referred to in the document attached hereto.

The minutes of meetings are written both in English and Spanish. When difference of interpretation arises, the English version will prevail.

Guatemala City, 10th October 2008

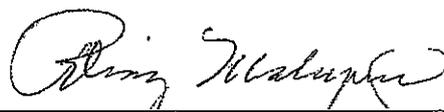


Dr. Hirotsugu Aiga  
Leader  
Preparatory Study Mission  
Japan International Cooperation Agency  
Japan



Dr. Victor Israel Guerra Velasquez  
Technical Vice Minister  
Ministry of Health and Social Welfare  
Republic of Guatemala

Honorable Witness:



Lic. Rafael Díaz Makepeace  
Director of International Cooperation  
Secretary of Planning and Programming  
Republic of Guatemala

## The Attached Document

### 1 BACKGROUND OF THE PROJECT

Chagas disease is one of the Neglected Tropical Diseases (NTDs). The insect vectors (*Triatominae*) thrive in houses with mud walls and thatch roofs feeding on human blood and transmit *Trypanosoma cruzi* –a causative agent of Chagas disease. There are treatment medicines for acute cases, but not for chronic cases which lead to death by heart problems 10-20 years after transmission.

In Central America, Chagas disease is a major tropical disease as well as malaria and dengue fever. The number of population who are at risk in the region is estimated to be more than 11 million. Approximately 1 million people are reported to be infected. In Guatemala, it is estimated that approximately 730,000 people are infected.

In 1997, seven Central American countries (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua and Panama) and Pan-American Health Organization/World Health Organization (hereinafter referred to as “PAHO/WHO”) jointly launched the regional initiative against Chagas disease, by setting the goal “interruption of Chagas disease transmission by 2010.”

In response to the regional initiative, cooperation for the Chagas disease control was implemented in Guatemala from 2000, with combination of Japanese expert, Japan Overseas Cooperation Volunteers (JOCVs) and Medical Equipment Supply Program. From 2002 to 2005, Technical Cooperation Project on Chagas Disease Vector Control (hereinafter referred to as “the Previous Project”) was also implemented in Guatemala. The project purpose was to establish a model for vector control of Chagas disease in Guatemala, which is applicable to other Central American countries.

As a result of the Previous Project, attack phase against vectors was successfully completed, and the risk of vectorial transmission of Chagas disease was reduced. However, it remained to be an issue to establish a community-based participatory surveillance system for Chagas disease control (hereinafter referred to as “the surveillance systems”) in order to maintain the domestic infestation rate at a lower level.

Under these circumstances, the Government of Guatemala officially requested the Government of Japan for further technical cooperation on Chagas disease control. In response to the request, the Team has been dispatched to discuss and agree on the scope, design and framework of the technical cooperation project with Ministry of Health and Social Assistance (hereinafter referred to as “MSPAS”), Guatemala.



## 2 PRINCIPLES DIRECTION OF THE PROJECT

As a result of discussions with the officials of the MSPAS, the following principles of technical cooperation were agreed upon.

- (1) The scope of the Project focuses on establishing the surveillance system (maintenance phase) in the endemic areas where entomological pre-survey, spraying, and entomological post-survey (attack phase) are thoroughly completed.
- (2) The Project is aimed at increasing institutional capacity of the MSPAS to improve and strengthen the surveillance system in an integrated or coordinated manner between entomological and epidemiological channels.
- (3) Quantities of the resources to be invested will be adjusted in accordance with the levels of risk (e.g. domestic infestation rate) and burden (e.g. sero-prevalence) of Chagas disease in each health department.
- (4) The Project will make the best efforts to maximize existing resources (e.g. human resources, equipment, vehicles, knowledge, and skills) provided or gained through the previous project. Several exemplary ongoing surveillance approaches will be leveraged for smoother and more efficient implementation of the Project.

## 3 TENTATIVE FRAMEWORK OF THE PROJECT

Based on the discussions, a tentative framework of the Project is prepared as follows. A Project Design Matrix (Draft) and a Plan of Operation (Draft) are attached respectively as Annex 1 and Annex 2.

They are subject to revision through further discussions prior to the commencement of the Project.

### (1) Title of the Project

Project for the Control of Chagas Disease (Establishment of Sustainable Surveillance System)

### (2) Target Prefectures<sup>1</sup>

[Group A: High risk/High disease burden] Chiquimula, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa  
[Group B: High risk/Low disease burden] Baja Verapaz, El Progreso, Zacapa

---

<sup>1</sup> The above groups are categorised in accordance with the levels of risk (domestic infestation rate) and burden (sero-prevalence) of Chagas disease. Quantities of resources available for direct intervention to health centre level will be adjusted based on the categorisation.



[Group C: Low risk/Low disease burden] Alta Verapaz, El Quiché, Huehuetenango

**(3) Target Groups**

**[Direct beneficiaries]**

The MSPAS and 10 health departments

**[Indirect beneficiaries]**

Health centres, health posts, health volunteers, and residents.

**(4) Duration of the Project**

3 years (March 2009 to February 2012)

**(5) Master Plan of the Project**

**1) Overall Goal**

Vectorial transmission of Chagas disease is interrupted in Guatemala.

**2) Project Purpose**

A community-based participatory surveillance system for Chagas disease<sup>2</sup> is strengthened in the target health departments.

**3) Outputs**

1. The national guidelines for the surveillance system are developed.
2. The MSPAS at the all levels is equipped with adequate capacities of strategic operational planning of the surveillance system.
3. The MSPAS at the all levels is equipped with adequate capacities of operation, monitoring and supervision of the surveillance system.

**4) Activities**

- 0-1. Conduct baseline surveys to obtain data necessary for detailed design, monitoring and evaluation of the Project<sup>3</sup>.
- 0-2. Based on the results of 0-1, set up undecided indicators in the PDM

**(Guidelines)**

- 1-1. Review the existing protocol for surveillance system
- 1-2. Review existing surveillance practices in the health departments, and assess their appropriateness and functionality.
- 1-3. Identify draft options<sup>4</sup> of the surveillance system in collaboration with each health

<sup>2</sup> A sustainable system for Chagas disease control which is composed of surveillance and responses and operated in an integrated or coordinated manner between both entomological and epidemiological information channels. The surveillance system should be customized in accordance with: (i) risk of Chagas disease; (ii) burden of Chagas disease; (iii) socio-economic, socio-cultural and socio-demographic characteristics of each target community. Note that the Project does not address epidemiological responses.

<sup>3</sup> In principle, baseline data of each health department are collected through secondary data review. They include: (i) the number of communities infested by R.p.; (ii) domestic infestation rate of T.d; (iii) sero-prevalence among children 7-14 years of age; (iv) socio-economic, socio-cultural and socio-demographic information; (v) KAP information; and (vi) other indicators in the PDM. When those data are not available, entomological, epidemiological, and/or KAP survey(s) will be conducted.

<sup>4</sup> A package of simple model options of the surveillance system adjusted to local characteristics and available resources.



- department.
- 1-4. Design an information system composed of reporting channels, reporting formats, response selection criteria, and database etc.
  - 1-5. Develop a simple monitoring and supervision (M&S) checklist<sup>5</sup> for the surveillance system.
  - 1-6. Compile the above 1-3, 1-4, and 1-5 into the national guidelines.
  - 1-7. Develop advocacy and training materials based on experiences and knowledge of each health department.
  - 1-8. Hold dissemination seminars on the protocol, guidelines and advocacy/ training materials

**(Strategic Operational Planning)**

- 2-1. Train staff of the health departments on strategic operational planning for strengthening the surveillance system.
- 2-2. Classify communities in accordance with the levels of risk (domestic infestation rate) and burden (sero-prevalence) of Chagas disease.
- 2-3. Classify communities in accordance with Chagas disease control phase (attack or maintenance).
- 2-4. Develop motivation and incentive mechanisms for sustaining community participation (e.g. health centers and posts, health volunteers), to ensure sustainability of the surveillance system.
- 2-5. Select and apply an appropriate surveillance system option to each community where the attack phase is completed.
- 2-6. Prepare an annual operation plan for the surveillance system

**(Operation, Monitoring and Supervision)**

- 3-1. Organize a Chagas disease control team composed of Director of health department, epidemiologists, ETV, health educators, and etc. in each health department.
- 3-2. Define roles and responsibilities of the team members (TORs).
- 3-3. Conduct trainings (including TOT and field visit) for the Chagas disease control teams on their TORs.
- 3-4. Train staff of health centers, health posts and health volunteers on the surveillance system.
- 3-5. Conduct advocacy activities for the contracted NGOs under the Coverage Extension Program.
- 3-6. Health centers and posts immediately: (i) report the presence of R.p. to ETV for spraying; and (ii) refer and counter-refer suspected cases with hospital on a routine basis (passive surveillance).
- 3-7. Health departments conduct entomological and epidemiological surveys on an annual basis (active surveillance).

---

<sup>5</sup> A checklist designed for assessing the functionality of the surveillance system, e.g. by measuring: (i) timeliness of monthly report submission; (ii) accuracy of monthly report data; (iii) completeness of monthly report data; and (iv) level of community participation.

- 3-8. According to the information system defined in 1-4, each health department submits monthly reports of the surveillance system to the central MSPAS.
- 3-9. Undertake monitoring and supervision (M&S) for the surveillance system using the checklist defined in 1-5.
- 3-10. Analyze and use the surveillance data for evidence-based decision making, and shares the result with the health departments.
- 3-11. Publish and present an annual implementation report for the surveillance system
- 3-12. Hold an annual national seminar inviting all the stakeholders.

## 5) Inputs

### <Inputs by Japan>

#### a. Human Resources

- 2 Long-term Experts: (i) Chief Advisor; (ii) Coordinator/ Community Participation
- Short-term Experts: e.g. (i) Entomology; (ii) Epidemiology; (iii) Health Information System; (iv) Health Education.

#### b. Equipment and Materials

- Vehicle(s)
- Motorcycles
- Computers
- Projectors
- Digital cameras
- Serological test kits

#### c. Necessary Cost

- Cost of printing of the didactic materials
- Cost of seminars and training
- Cost of salaries for drivers and assistants

### <Inputs by Guatemala>

#### a. Human Resources

##### [Counterpart Personnel]

- Sub-program Coordinator of Prevention and Control of Chagas Diseases
- Responsible of Medical Entomology (ENTOMED)
- Epidemiologist responsible of the Surveillance of Vector Transmitted Diseases
- Directors of 10 beneficial Health Departments

##### [Other Personnel]

- Epidemiologist, Coordinator and Team of ETV, Coordinators of ISA (inspector of environmental health) and TSR (rural health technician), Health Department Statistician, Nurses, Health Education Officials, Technical Unit of Reproductive Health, Technical Unit of Extension Coverage of Health Departments.
- Doctors and Nurses of Health Centers and Health Posts



- Health Volunteers and Spraying Personnel
- b. Equipment and Materials**
  - Provided equipment in the last project (vehicles, sprayers and spare parts etc,)
  - Motorcycles
  - Insecticides
  - Sprayers
  - Serological test kits
- c. Facilities**
  - Project Office and parking space
- d. Necessary Cost**
  - Maintenance, insurance and fuel costs for vehicles and motorcycles
  - Operation cost for the Project office (e.g. electricity, water, communication)
  - Duty travel expenses for the MSPAS staff

#### **4 ROLES AND RESPONSIBILITIES OF RELATED ORGANIZATIONS**

##### **(1) Implementing organizations of the Project**

The MSPAS is the responsible organization of the Project with the following officials in charge. An Organizational Chart of the Project (Draft) is attached as Annex 3.

- 1) Project Director**  
Technical Vice minister of MSPAS
- 2) Deputy Project Director**  
General Director of Regulation, Surveillance and Health Control  
General Director of the Health Integral Welfare System (SIAS)  
Director of National Epidemiology Center (CNE)
- 3) Project Manager**  
National Programme of ETV Coordinator  
Department of Epidemiology Surveillance
- 4) Counterparts to Japanese Experts**  
Sub-programme Coordinator of Prevention and Control of Chagas Diseases  
Responsible of Medical Entomology (ENTOMED)  
Epidemiologist responsible of the Surveillance of Vector Transmitted Diseases (CNE)  
Directors of 10 Endemic Health Departments

## (2) Joint Coordination Committee of the Project

A Joint Coordination Committee (JCC) will be held once a year and whenever necessity arises, in order to:

- 1) authorize the annual work plan of the Project;
- 2) review the progress of the annual work plan;
- 3) exchange views on major issues that arise during the implementation of the Project; and
- 4) discuss any other issues for smoother implementation of the Project.

The JCC will be composed of the following members:

### i) Chairperson

Technical Vice minister of MSPAS

### ii) Guatemalan Member

Unit of Strategic Planning and International Cooperation

General Direction of Regulation, Surveillance and Health Control  
Department of Regulation of Assistance Programme  
National Programme of ETV  
Programme of Reproductive Health  
Programme of Transfusional Medicine and Blood Bank  
National Laboratory of Health

General Direction of the Health Integral Welfare System (SIAS)  
Department of Promotion and Health Education  
Department of Health Services Development

National Epidemiology Center (CNE)  
Department of Epidemiology Surveillance  
Unit of Transmitted Diseases

10 beneficial Health Departments

### iii) Japanese Member

JICA Guatemala Office  
Embassy of Japan  
Japanese Experts

### iv) Observer

Pan-American Health Organization/ World Health Organization (PAHO/WHO)  
Laboratory of Applied Entomology (LENAP), University of San Carlos in Guatemala

7  


X

University of Valle in Guatemala  
Other organizations invited by the President of JCC

## 5 MEASURES TO BE TAKEN BY BOTH SIDES

### (1) Measures to be taken by JICA

In accordance with the laws and regulations in force in Japan and the provision of Article II of the Agreement on Technical Cooperation between the Government of Japan and the Government of Guatemala, signed in Tokyo on 28th March, 1977 (hereinafter referred to as "the Agreement"), JICA, as the executing agency for technical cooperation by the Government of Japan, will take, at its own expense, the following measures, according to the normal procedures of its technical cooperation scheme.

#### 1) Dispatch of Japanese Experts

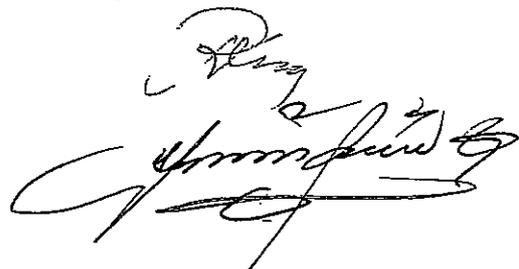
JICA will provide the services of the Japanese expert(s). The provision of Article VIII of the Agreement will be applied to the above-mentioned expert(s).

#### 2) Provision of Equipment

JICA will provide such machinery, equipment and other materials necessary for the implementation of the Project. The provision of Article IX of the Agreement will be applied to the Equipment.

### (2) Measures to be taken by the Government of Guatemala

- 1) The Government of Guatemala will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.
- 2) The Government of Guatemala will ensure that the technologies and knowledge acquired by the nationals of Guatemala as a result of the Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of Guatemala.
- 3) In accordance with the provisions of Article V and VI of the Agreement, the Government of Guatemala will grant in Guatemala privileges, exemptions and benefits to the Japanese expert(s) referred to in 5-(1)-1) above and their families.
- 4) In accordance with the provisions of Article IX of the Agreement, the Government of Guatemala will take the measures necessary to receive and use the Equipment provided by JICA under 5-(1)-2) above and equipment, machinery and materials carried in by the



Japanese expert(s) referred to in 5-(1)-1) above.

- 5) In accordance with the provision of Article V-1(b) of the agreement, the Government of Guatemala will provide the services of Guatemalan counterpart technical and administrative personnel as referred in 4-(1) above.
- 6) In accordance with the provision of Article V-1(a) of the Agreement, the Government of Guatemala will provide the facilities as referred in 3-(5)-5) above.
- 7) In accordance with the laws and regulations in force in Guatemala, the Government of Guatemala will take necessary measures to supply or replace at its own expense machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under 5-(1)-2) above.
- 8) In accordance with the laws and regulations in force in Guatemala, the Government of Guatemala will take necessary measures to meet the running expenses necessary for the implementation of the Project.

## 6 OTHER RELEVANT ISSUES

As a result of discussions with the officials of the MSPAS, the following issues were raised and agreed upon.

- (1) The MSPAS will officially approve the “*National Strategic Plan for Chagas Disease Control (2008-2013)*” and make continuous efforts to ensure its political and financial commitment to the Chagas disease control.
- (2) To enable the Project to start improving and strengthening the surveillance system (maintenance phase), the MSPAS will take full responsibility for completing entomological pre-survey, spraying, and entomological post-survey (attack phase).
- (3) The MSPAS will take full responsibility for undertaking the epidemiological responses (e.g. diagnosis and treatment of Chagas disease) and further make the best efforts to strengthen its capacity in epidemiological responses.
- (4) To increase the surveillance system coverage, the MSPAS will take the strong initiative in extending the Project to the health services areas under the Coverage Extension Program, by negotiating it with contracted NGOs.
- (5) The Project should be implemented in collaboration or coordination with JOCVs and

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to be 'Gonzalez' or similar, written over the page number.A small, handwritten mark or signature in the bottom right corner of the page.

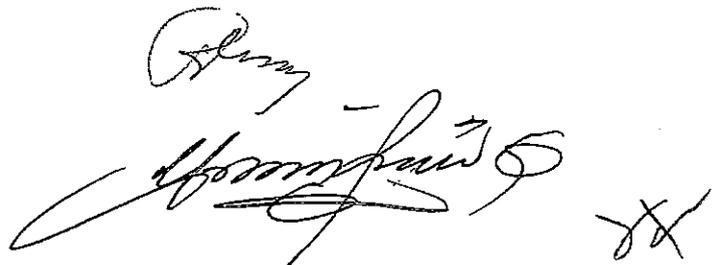
their local counterparts who will work on behavior change communication and community participation for sustaining the surveillance system.

- (6) The experiences and knowledge gained through the Project (e.g. best practices and lessons learned) will be shared and discussed with the JICA Chagas disease control projects in the other Central American countries (e.g. Honduras and El Salvador).

## 7 STEPS FORWARD

- (1) The results of the ex-ante evaluation of the Project by five criteria, (i.e. relevance, effectiveness, efficiency, impact and sustainability), is to be approved by JICA.
- (2) Further discussions for the implementation will be held between the MSPAS and JICA at a later stage, to confirm measures to be taken by the both sides and the contents of PDM and PO.
- (3) Record of Discussions will be prepared and signed by the both sides prior to the commencement of the Project.

- Annex 1 Project Design Matrix (Draft)
- Annex 2 Plan of Operation (Draft)
- Annex 3 Organizational Chart of the Project (Draft)

Handwritten signatures and initials in black ink, including a large signature and a smaller set of initials to the right.

**Project Design Matrix (Draft)**

Ver:1 (Draft) 10 October 2008

**ANNEX 1**

**Project Title:** Project for the Control of Chagas Disease (Establishment of Sustainable Surveillance System)

**Duration of Project:** 3 years (March 2009 to February 2012)

**Target Area:** [Group A: High risk/High disease burden] Chiquimula, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa

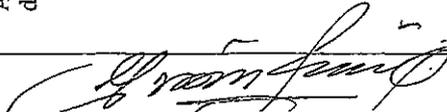
[Group B: High risk/Low disease burden] Baja Verapaz, El Progreso, Zacapa

[Group C: Low risk/Low disease burden] Alta Verapaz, El Quiché, Huehuetenango

\* The above groups are categorized in accordance with the levels of risk (domestic infestation rate) and burden (sero-prevalence) of Chagas disease. Quantities of resources available for direct intervention to health centre level will be adjusted based on the categorization.

**Target Group:** [Direct beneficiaries] The MSPAS and 10 health departments; [Indirect beneficiaries] health centers, health posts, health volunteers, and residents.

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
<p><b>Overall Goal</b></p> <p>Vectorial transmission of Chagas disease is interrupted in Guatemala.</p>	<p><i>By 2013,</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sero-prevalence among children 7-14 years of age (<math>\approx 0\%</math>)</li> <li>Domestic infestation rate of T.d. (<math>\leq 5\%</math>)</li> <li>The number of communities infested by R.p. (0)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Reports of the National Strategic Plan for Chagas Control (2008-2013)</li> <li>Report of the National Strategic Plan for Chagas Control (2008-2013)</li> <li>Report of the National Strategic Plan for Chagas Control (2008-2013)</li> </ol>	<p>To achieve the IPCA target, the MSPAS makes continuous political commitment to interruption of Chagas disease.</p>
<p><b>Project Purpose</b></p> <p>A community-based participatory surveillance system for Chagas disease (1) is strengthened in the target health departments.</p>	<p><i>By the end of the Project,</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Surveillance system coverage increases. (XX%)</li> <li>Scores of M&amp;S checklist exceeds minimum requirement in all the target health departments. (XX)</li> <li>In passive surveillance, the number of new suspected cases among all age groups is reported on a monthly basis.</li> <li>In passive surveillance, the numbers of captured R.p. and T.d. samples are reported on a monthly basis.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Project reports</li> <li>Project reports, Analyses of checklist scores</li> <li>Entomological and epidemiological database of the MSPAS</li> <li>Entomological and epidemiological database of the MSPAS</li> </ol>	<p>Chagas disease control continues to be a priority for the MSPAS.</p> <p>Quality of sero-positivity blood test is not compromised or declined.</p> <p>Quality of diagnosis and treatment of Chagas disease improves by the MSPAS initiative.</p>




<p><b>Outputs</b></p>			
<p>1. The national guidelines for the surveillance system are developed.</p>	<p>1-1. The national guidelines are available. 1-2. Draft options of the surveillance system are available. 1-3. The checklist for assessing and monitoring the functionality of the surveillance system is developed. 1-4. The information system for the surveillance system is designed. 1-5. Advocacy and training materials are developed.</p>	<p>1-1. Developed national guidelines 1-2. Project Reports 1-3. Developed checklist 1-4. Designed information system 1-5. Developed advocacy and training materials</p>	<p>Serious disasters and outbreak of other infectious diseases do not diminish resources for Chagas disease control.</p>
<p>2. The MSPAS at the all levels is equipped with adequate capacities of strategic operational planning of the surveillance system.</p>	<p>2-1. Annual plans for strengthening the surveillance system are prepared.</p>	<p>2-1. Annual plans, Project reports</p>	<p>Contracted NGOs under the Coverage Extension Program participate to activities for strengthening surveillance system in risk areas of Chagas disease.</p>
<p>3. The MSPAS at the all levels is equipped with adequate capacities of operation, monitoring and supervision of the surveillance system.</p>	<p>3-1. Level of understandings of the MSPAS stakeholders of all the target health departments exceeds minimum requirement (XX). 3-2. Knowledge, attitude and practice (KAP) of the residents under the surveillance system improves. 3-3. A Chagas disease control team is organized and assigned with clear TORs in each health department. 3-4. Trainings necessary for fulfilling requirement of TORs are conducted. 3-5. At least one technical supervisory visit by the central MSPAS is undertaken per year. 3-6. Monthly reports for the surveillance system are submitted to the MSPAS.</p>	<p>3-1. Questionnaire and interview survey with the stakeholders 3-2. Comparison of results of KAP surveys on Chagas disease 3-3. TORs of Chagas disease control teams 3-4. Training completion reports 3-5. Project reports 3-6. Monthly reports, Entomological and Epidemiological database of the MSPAS</p>	

Activities	Input by Guatemala	Input by Japan	Pre-conditions
<p>0-1 Conduct baseline surveys to obtain data necessary for detailed design, monitoring and evaluation of the Project(s).</p> <p>0-2 Based on the results of 0-1, set up undecided indicators in the PDM</p> <p><i>(Guidelines)</i></p> <p>1-1 Review the existing protocol for surveillance system</p> <p>1-2 Review existing surveillance practices in the health departments, and assess their appropriateness and functionality.</p> <p>1-3 Identify draft options of the surveillance system in collaboration with each health department.</p> <p>1-4 Design an information system composed of reporting channels, reporting formats, response selection criteria, and database etc.</p> <p>1-5 Develop a simple monitoring and supervision (M&amp;S) checklist(s) for the surveillance system.</p> <p>1-6 Compile the above 1-3, 1-4, and 1-5 into the national guidelines.</p> <p>1-7 Develop advocacy and training materials based on experiences and knowledge of each health department.</p> <p>1-8 Hold dissemination seminars on the protocol, guidelines and advocacy/ training materials</p> <p><i>(Strategic Operational Planning)</i></p> <p>2-1 Train staff of the health departments on strategic operational planning for strengthening the surveillance system.</p> <p>2-2 Classify communities in accordance with the levels of risk (domestic infestation rate) and burden (sero-prevalence) of Chagas disease.</p> <p>2-3 Classify communities in accordance with Chagas disease control phase (attack or maintenance).</p> <p>2-4 Develop motivation and incentive mechanisms for sustaining community participation (e.g. health centers and posts, health volunteers), to ensure sustainability of the surveillance system.</p> <p>2-5 Select and apply an appropriate surveillance system option to each community where the attack phase is completed.</p> <p>2-6 Prepare an annual operation plan for the surveillance system</p> <p><i>(Operation, Monitoring and Supervision)</i></p> <p>3-1 Organize a Chagas disease control team composed of Director of health department, epidemiologists, ETV, health educators, and etc. in each health department.</p>	<p><b>Input by Guatemala</b></p> <p>&lt;Human resources&gt;</p> <p><i>Counterpart Personnel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sub-program Coordinator of Prevention and Control of Chagas Diseases</li> <li>Responsible of Medical Entomology (ENTOMED)</li> <li>Epidemiologist responsible of the Surveillance of Vector Transmitted Diseases</li> <li>Directors of 10 beneficial Health Departments</li> </ul> <p><i>Other Personnel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Epidemiologist, Coordinator and Team of ETV, Coordinators of ISA (inspector of environmental health) and TSR (rural health technician), Health Department Statistician, Nurses, Health Education Officials, Technical Unit of Reproductive Health, Technical Unit of Extension Coverage of Health Departments.</li> <li>Doctors and Nurses of Health Centers and Health Posts of MSPAS</li> <li>Health Volunteers and Spraying Personnel</li> </ul> <p>&lt;Equipment and Materials&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Provided equipment in the last project (vehicles, sprayers and spare parts etc.)</li> <li>Motorcycles</li> <li>Insecticides</li> <li>Sprayers</li> <li>Serological test kits</li> </ul> <p>&lt;Facilities&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Project Office and parking space</li> </ul> <p>&lt;Necessary Costs&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Maintenance, insurance and fuel costs for vehicles and motorcycles</li> </ul>	<p><b>Input by Japan</b></p> <p>&lt;Human resources&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2 Long-term Experts: (i) Chief Advisor; (ii) Coordinator/ Community Participation</li> <li>Short-term Experts: e.g. (i) Entomology; (ii) Epidemiology; (iii) Health Information System; (iv) Health Education.</li> </ul> <p>&lt;Equipment and Materials&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vehicle(s)</li> <li>Motorcycles</li> <li>Computers</li> <li>Projectors</li> <li>Digital cameras</li> <li>Serological test kits</li> </ul> <p>&lt;Necessary Costs&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cost of printing of the didactic materials</li> <li>Cost of seminars and training</li> <li>Cost of salaries for drivers and assistants</li> </ul>	<p><b>Pre-conditions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>The communities in target health departments are not against the Project.</li> <li>Concerned parties cooperate with the Project.</li> </ul>

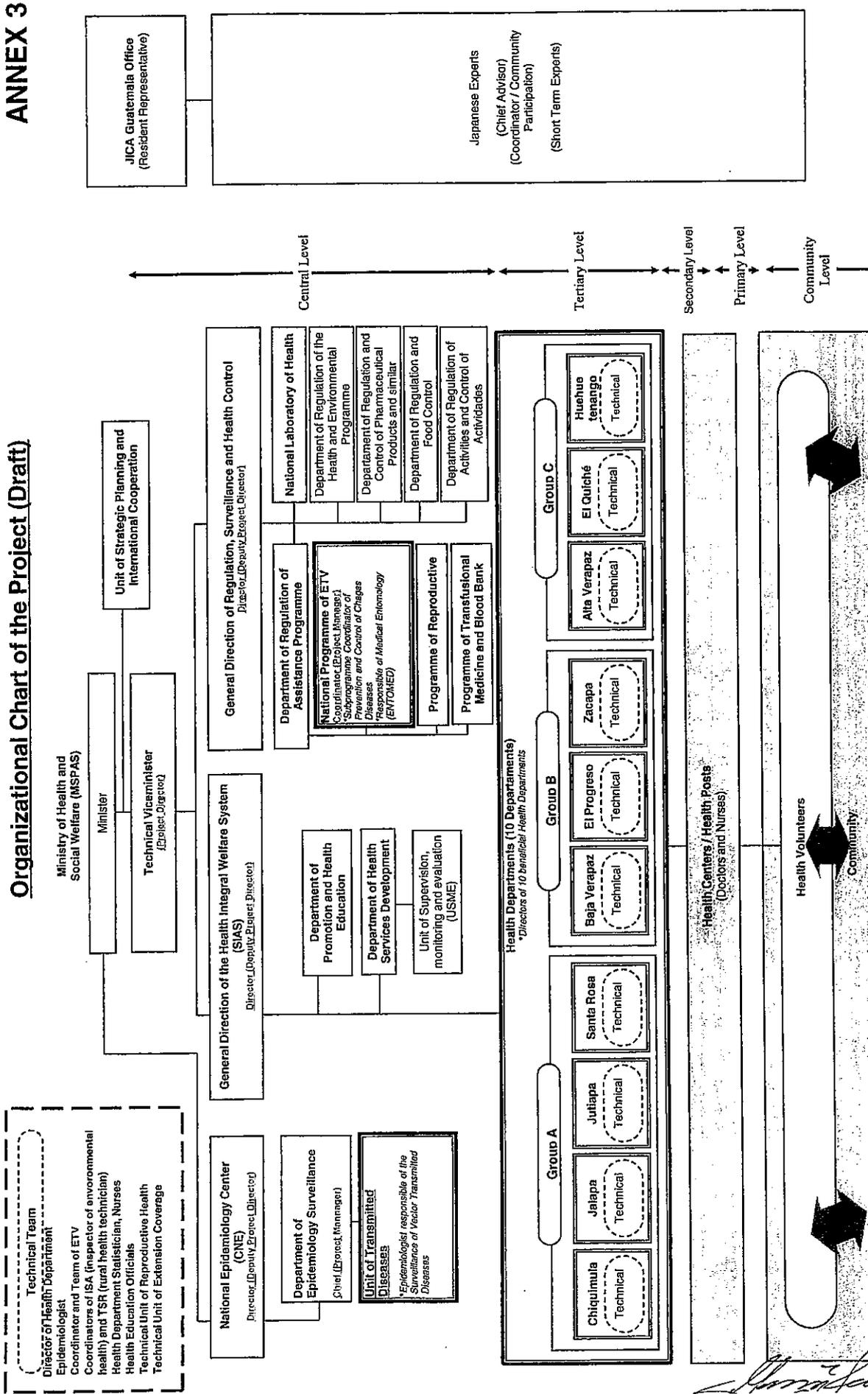
<p>3-2 Define roles and responsibilities of the team members (TORs).</p> <p>3-3 Conduct trainings (including TOT and field visit) for the Chagas disease control teams on their TORs.</p> <p>3-4 Train staff of health centers, health posts and health volunteers on the surveillance system.</p> <p>3-5 Conduct advocacy activities for the contracted NGOs under the Coverage Extension Program.</p> <p>3-6 Health centers and posts immediately: (i) report the presence of R.p. to ETV for spraying; and (ii) refer and counter-refer suspected cases with hospital on a routine basis (passive surveillance).</p> <p>3-7 Health departments conduct entomological and epidemiological surveys on an annual basis (active surveillance).</p> <p>3-8 According to the information system defined in 1-4, each health department submits monthly reports of the surveillance system to the central MSPAS.</p> <p>3-9 Undertake monitoring and supervision (M&amp;S) for the surveillance system using the checklist defined in 1-5.</p> <p>3-10 Analyze and use the surveillance data for evidence-based decision making, and shares the result with the health departments.</p> <p>3-11 Publish and present an annual implementation report for the surveillance system</p> <p>3-12 Hold an annual national seminar inviting all the stakeholders.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operation cost for the Project office (e.g. electricity, water, communication)</li> <li>• Duty travel expenses for the MSPAS staff</li> </ul>	
--	--	--

**Notes:**

- (1) A sustainable system for Chagas disease control which is composed of surveillance and responses and operated in an integrated or coordinated manner between both entomological and epidemiological information channels. The surveillance system should be customized in accordance with: (i) risk of Chagas disease; (ii) burden of Chagas disease; (iii) socio-economic, socio-cultural and socio-demographic characteristics of each target community. Note that the Project does not address epidemiological responses.
- (2) In principle, baseline data of each health department are collected through secondary data review. They include: (i) the number of communities infested by R.p.; (ii) domestic infestation rate of T.d; (iii) sero-prevalence among children 7-14 years of age; (iv) socio-economic, socio-cultural and socio-demographic information; (v) KAP information; and (vi) other indicators in the PDM. When those data are not available, entomological, epidemiological, and/or KAP survey(s) will be conducted.
- (3) A package of simple model options of the surveillance system adjusted to local characteristics and available resources.
- (4) A checklist designed for assessing the functionality of the surveillance system, e.g. by measuring: (i) timeliness of monthly report submission; (ii) accuracy of monthly report data; (iii) completeness of monthly report data; and (iv) level of community participation.



# Organizational Chart of the Project (Draft)



Notes: XXXX = Counterparts of Japanese Experts

XXXX = Members of Joint Coordination Committee (JCC)

*[Handwritten signature]*

MINUTA DE REUNIONES  
ENTRE  
LA MISIÓN JAPONESA DEL ESTUDIO PRELIMINAR  
Y  
EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DE  
LA REPÚBLICA DE GUATEMALA  
SOBRE  
LA COOPERACIÓN TÉCNICA JAPONESA  
PARA  
EL PROYECTO DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS  
(ESTABLECIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA SOSTENIBLE)

La Misión del Estudio Preliminar (en adelante denominado como “la Misión”) de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante denominada como “JICA”) visitó la República de Guatemala (en adelante denominada como “Guatemala”) del 29 de septiembre al 10 de octubre del 2008, con el propósito de discutir el diseño y el marco del proyecto de la cooperación técnica titulado “Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas (Establecimiento del Sistema de Vigilancia Sostenible)” (en adelante denominado como el “Proyecto”).

Durante su estancia en Guatemala, la Misión condujo estudios de campo y sostuvo una serie de discusiones sobre los temas relacionados con el Proyecto con las autoridades concernientes.

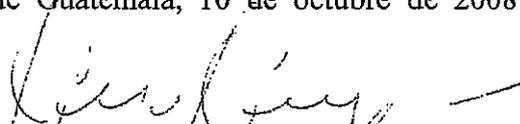
Como resultado de estas discusiones, ambas partes llegaron a un entendimiento común sobre los asuntos referidos en el documento adjunto.

La minuta está elaborada en inglés y español, si existiere alguna divergencia de interpretación, la versión en inglés prevalecerá.

Ciudad de Guatemala, 10 de octubre de 2008

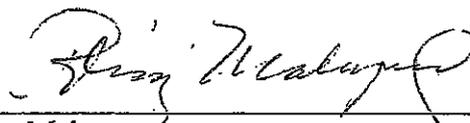


Dr. Hirotsugu Aiga  
Líder  
Equipo de Misión Preliminar  
Agencia de Cooperación  
Internacional del Japón  
Japón



Dr. Celso David Cerezo Mulet  
Ministro  
Ministerio de Salud Pública y  
Asistencia Social  
República de Guatemala

Testigo de honor:



Lic. Rafael Díaz Makepeace  
Director de Gestión de la Cooperación Internacional  
Secretaría de Planificación y Programación  
República de Guatemala

**MINUTA DE REUNIONES  
ENTRE  
LA MISIÓN JAPONESA DEL ESTUDIO PRELIMINAR  
Y  
EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DE  
LA REPÚBLICA DE GUATEMALA  
SOBRE  
LA COOPERACIÓN TÉCNICA JAPONESA  
PARA  
EL PROYECTO DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS  
(ESTABLECIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA SOSTENIBLE)**

La Misión del Estudio Preliminar (en adelante denominado como “la Misión”) de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante denominada como “JICA”) visitó la República de Guatemala (en adelante denominada como “Guatemala”) del 29 de septiembre al 10 de octubre del 2008, con el propósito de discutir el diseño y el marco del proyecto de la cooperación técnica titulado “Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas (Establecimiento del Sistema de Vigilancia Sostenible)” (en adelante denominado como el “Proyecto”).

Durante su estancia en Guatemala, la Misión condujo estudios de campo y sostuvo una serie de discusiones sobre los temas relacionados con el Proyecto con las autoridades concernientes.

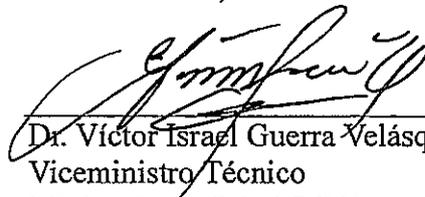
Como resultado de estas discusiones, ambas partes llegaron a un entendimiento común sobre los asuntos referidos en el documento adjunto.

La minuta está elaborada en inglés y español, si existiere alguna divergencia de interpretación, la versión en inglés prevalecerá.

Ciudad de Guatemala, 10 de octubre de 2008

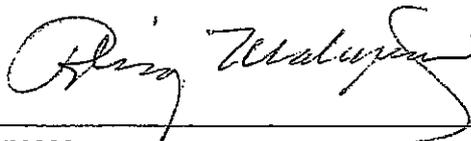


Dr. Hirotsugu Aiga  
Líder  
Equipo de Misión Preliminar  
Agencia de Cooperación  
Internacional del Japón  
Japón



Dr. Víctor Israel Guerra Velásquez  
Viceministro Técnico  
Ministerio de Salud Pública y  
Asistencia Social  
República de Guatemala

Testigo de honor:



Lic. Rafael Díaz Makepeace  
Director de Gestión de la Cooperación Internacional  
Secretaría de Planificación y Programación  
República de Guatemala

## Documento Adjunto

### 1 ANTECEDENTES DEL PROYECTO

La enfermedad de Chagas es una de las enfermedades tropicales olvidadas. Los vectores (*Triatominae*) viven en casas con paredes de adobe y techos vegetales; se alimentan de sangre humana y transmiten *Trypanosoma cruzi*, agente causante de la enfermedad de Chagas. Hay medicamentos para el período agudo, pero no hay tratamiento para los casos crónicos, que ocasionan en su mayoría la muerte por problemas cardíacos 10-20 años después de la infección.

En Centroamérica, la enfermedad de Chagas es una enfermedad tropical grave, igual que malaria y dengue. La población en riesgo en la región está estimada en más de 11 millones. Aproximadamente 1 millón de personas, se estima que están infectadas. En Guatemala, se estima que aproximadamente 730,000 personas se han infectado.

En 1997, siete países centroamericanos (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y Panamá) y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (en adelante denominada como OPS/OMS) conjuntamente lanzaron una iniciativa regional contra la enfermedad de Chagas, y establecieron la meta de que “la transmisión de la enfermedad de Chagas será interrumpida en Centroamérica para el año 2010”.

En respuesta a la iniciativa regional, la cooperación para el control de la Enfermedad de Chagas se ha implementado en Guatemala desde el año 2000, combinando el envío de expertos japoneses, voluntarios japoneses (JOCVs) y el programa de provisión de equipos médicos. Desde 2002 a 2005, se implementó también en Guatemala El Proyecto de Cooperación Técnica de la Enfermedad de Chagas en Control de Vectores (en adelante denominado como “el Proyecto anterior”). El objetivo de este proyecto ha sido establecer el modelo para el control vectorial de la Enfermedad de Chagas en Guatemala que sea aplicable a otros países de Centro América.

Como resultado del Proyecto Anterior, la fase de ataque contra vectores ha sido complementada exitosamente, reduciéndose el riesgo de transmisión vectorial de la enfermedad. No obstante, continúa pendiente el tema de establecer un Sistema de Vigilancia para el Control de la Enfermedad de Chagas con Participación Comunitaria (en adelante denominado como “Sistema de Vigilancia”) con el propósito de mantener el índice de infestación domiciliar en bajo nivel.

En estas circunstancias, el gobierno de Guatemala ha presentado una propuesta oficial al gobierno japonés solicitando otro proyecto de cooperación técnica para el control de la enfermedad de Chagas. En respuesta a la solicitud, se envió la Misión para discutir y ponerse de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (en adelante denominado como la “MSPAS”) de Guatemala sobre el diseño, el alcance y el marco general del proyecto de cooperación técnica.

## 2 PRINCIPIOS BÁSICOS DEL PROYECTO

Como resultado de discusiones con los funcionarios de MSPAS, los siguientes principios de la cooperación técnica fueron acordados.

- (1) El alcance del Proyecto se enfoca en el establecimiento de Sistema de Vigilancia (Fase de Mantenimiento) en áreas endémicas, donde se complementaron totalmente el estudio entomológico anterior y posterior al rociado con insecticidas (Fase de Ataque).
- (2) El Proyecto apunta al mejoramiento de la capacidad institucional de MSPAS para mejorar y fortalecer el Sistema de Vigilancia de manera integral y coordinada entre los canales entomológico y epidemiológico.
- (3) La cantidad de recursos a ser invertidos se ajustará de acuerdo con el nivel de riesgo (índice de infestación domiciliar) y carga (la seroprevalencia) de la Enfermedad de Chagas en cada Área de Salud departamental.
- (4) El Proyecto hará el mayor esfuerzo para maximizar los recursos existentes (recursos humanos, equipos, vehículos, conocimientos y habilidades) proveídos o adquiridos a través del proyecto anterior. Algunos abordajes en Vigilancia que son ejemplares en plena marcha, serán aprovechados para una implementación más eficiente del Proyecto.

## 3 EL MARCO TENTATIVO DEL PROYECTO

Con base en las discusiones, se ha preparado lo siguiente como un marco tentativo del Proyecto. Una Matriz de Diseño del Proyecto (PDM en borrador) y el Plan de Operaciones (PO en borrador) son adjuntados a la presente, como Anexo 1 y Anexo2.

Los mismos están sujetos a revisiones a través de discusiones ulteriores previos al inicio del Proyecto.

### (1) Título del Proyecto

Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas (Establecimiento del Sistema de Vigilancia Sostenible)



**(2) Departamentos beneficiarios<sup>1</sup>**

[Grupo A: Alto riesgo/Alta carga] Chiquimula, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa  
[Grupo B: Alto riesgo/Baja carga] Baja Verapaz, El progreso, Zacapa  
[Grupo C: Bajo riesgo/Baja carga] Alta Verapaz, El Quiché, Huehuetenango

**(3) Grupos beneficiarios**

[Beneficiarios Directos]

El MSPAS y las 10 Áreas de Salud

[Beneficiarios Indirectos]

Centros y Puestos de Salud, voluntarios de salud y comunidades

**(4) Duración del Proyecto**

3 años (marzo del 2009 a febrero del 2012)

**(5) Plan Maestro del Proyecto**

**1) Objetivo Superior**

La transmisión Vectorial de la Enfermedad de Chagas es interrumpida en Guatemala.

**2) Objetivo del Proyecto**

El Sistema de Vigilancia de la Enfermedad de Chagas con Participación Comunitaria<sup>2</sup> es fortalecido en Áreas de Salud de los departamentos beneficiarios.

**3) Resultados esperados**

1. Las Guías Nacionales para el Sistema de Vigilancia han sido desarrolladas.
2. En todos los niveles del MSPAS se dispone de capacidades adecuadas para la Planificación Estratégica operativa del Sistema de Vigilancia.
3. En todos los niveles del MSPAS se dispone de capacidades adecuadas para operación, monitoreo y supervisión del Sistema de Vigilancia.

**4) Actividades**

- 0-1. Conducir estudios base de línea para obtener información y datos necesarios para el diseño detallado, el monitoreo y evaluación del Proyecto<sup>3</sup>.
- 0-2. Con base en los resultados de 0-1, establecer los indicadores de PDM que no se

<sup>1</sup> Los grupos son categorizados de acuerdo al grado de riesgo (índice de infestación) y carga (seroprevalencia). Según esta categorización se planearán los insumos para coordinar las intervenciones directas y monitoreo por el Proyecto, que pueda llegar hasta cierto número de centros y puestos de salud.

<sup>2</sup> Un Sistema Sostenible para el control de la Enfermedad de Chagas consiste en vigilancia y respuesta, así mismo coordinación operativa e integral entomológica y epidemiológica a través de los canales de información. El sistema de vigilancia debe de ajustarse a: (i) riesgo de enfermedad de Chagas; (ii) Carga de Enfermedad de Chagas; y (iii) Características socio económicas, culturales y demográficas de cada comunidad objetivo. Nótese que el proyecto no contempla respuesta epidemiológica.

<sup>3</sup> En principio la línea basal de cada área de salud departamental son recolectadas a través de revisión de datos secundarios. Estos incluyen: (i) El número de comunidades infestadas por Rp; (ii) Índice de Infestación domiciliar; (iii) seroprevalencia en escolares de 7-14 años de edad; (iv) información socioeconómica, socio cultural y socio demográfica; (v) información del CAP; y (vi) otros indicadores en el PDM. Cuando estos datos no estén disponibles, encuestas entomológicas, epidemiológicas y/o CAP serán realizadas.



han definido.

**(Guías)**

- 1-1. Revisión del protocolo existente para el Sistema de Vigilancia
- 1-2. Revisión de las practicas de vigilancia existentes en las Áreas de Salud de los departamentos y evaluar si son apropiados y funcionales como Sistema de Vigilancia.
- 1-3. Identificar opciones de propuesta<sup>4</sup> del Sistema de Vigilancia en colaboración con cada Área de Salud.
- 1-4. Diseñar un sistema de información que este compuesto de canales de información, formatos de reporte, selección de criterio de respuestas, base de datos, etc.
- 1-5. Desarrollar herramientas simples de monitoreo y supervisión como hojas de chequeo<sup>5</sup> para el Sistema de Vigilancia.
- 1-6. Compilar lo mencionado en 1-3,1-4, y 1-5 dentro de la Guía Nacional.
- 1-7. Desarrollar materiales de promoción y capacitación basados en experiencias y conocimientos de cada una de las Áreas de Salud beneficiarias.
- 1-8. Realizar seminarios de difusión sobre el protocolo, guías y materiales de promoción y capacitación.

**(Planificación Estratégica Operativa)**

- 2-1. Capacitar a funcionarios de Áreas de Salud sobre la planificación estratégica operativa para fortalecer el Sistema de Vigilancia.
- 2-2. Clasificar las comunidades de acuerdo al nivel de riesgos (índice de infestación domiciliar) y carga (seroprevalencia) de la Enfermedad de Chagas.
- 2-3. Clasificar las comunidades de acuerdo a la Fase de Control de la Enfermedad de Chagas (de Ataque o de Mantenimiento).
- 2-4. Desarrollar mecanismos de motivación e incentivos para la participación comunitaria sostenible (centros y puestos de salud, voluntarios de salud, etc.) y asegurar la sostenibilidad del Sistema de Vigilancia.
- 2-5. Seleccionar y aplicar una opción apropiada del sistema de vigilancia a cada comunidad en donde la Fase de Ataque se ha completado.
- 2-6. Preparar un plan de operaciones anual para el sistema de vigilancia.

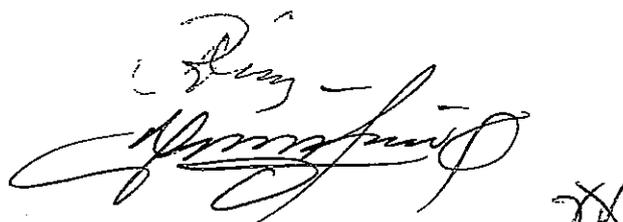
**(Operación, Monitoreo y Supervisión)**

- 3-1. Organizar los Equipos de Control de la Enfermedad de Chagas compuestos por Director, epidemiólogo, ETV, funcionarios de educación en salud, etc. en cada Área de Salud de los departamentos beneficiarios.
- 3-2. Establecer roles y responsabilidades de los miembros del Equipo (TORs).

---

<sup>4</sup> Un paquete de opciones simples de un modelo de sistema de vigilancia ajustada para las características locales y recursos disponibles.

<sup>5</sup> La hoja de encuesta diseñada para evaluar la funcionalidad del sistema de vigilancia, e.g. por medición: (i) envío de reporte mensual en línea de tiempo; (ii) evaluación de los datos reportados mensualmente; (iii) reportes de datos mensuales completos; y (iv) nivel de participación comunitaria.

A large, stylized handwritten signature in black ink, followed by the initials 'X' in the bottom right corner.

- 3-3. Realizar capacitaciones (incluyendo Capacitación de Capacitadores y visitas al campo) para Equipos de Control de la Enfermedad de Chagas de acuerdo a TORs.
- 3-4. Capacitar al personal de centros y puestos de salud y voluntarios sobre el sistema de vigilancia.
- 3-5. Realizar actividades de promoción como talleres para el Control de la Enfermedad de Chagas para ONGs contratadas por el Programa de la Extensión de Cobertura.
- 3-6. Los centros y puestos de salud realizan de inmediato: (i) Informar a ETV la presencia de Rp para el rociado; y (ii) referir y contra referir casos sospechosos a hospitales sobre la base de rutina (vigilancia pasiva).
- 3-7. Las Áreas de Salud realizan estudios entomológicos y epidemiológicos anualmente (vigilancia activa)
- 3-8. De acuerdo al sistema de información mencionado en 1-4, cada Área de Salud envía reportes mensuales del sistema de vigilancia al nivel central de MSPAS.
- 3-9. Llevar a cabo monitoreo y supervisión (M&S) para el sistema de vigilancia utilizando la hoja de chequeo mencionado en 1-5.
- 3-10. Analizar y utilizar los datos de vigilancia para toma de decisiones basada en evidencias y compartir los resultados entre las Áreas de Salud.
- 3-11. Publicar y presentar reportes anuales de implementación para el sistema de vigilancia.
- 3-12. Realizar un seminario anual nacional invitando a todos los actores involucrados.

## 5) Insumos

### <Insumos por parte de Japón>

#### a. Recursos Humanos

- 2 Expertos de largo plazo: (i) Asesor líder; (ii) Coordinador/Participación comunitaria.
- Expertos de corto plazo: Por ejemplo (i) Entomología; (ii) Epidemiología, (iii) Sistema de Información en Salud, (iv) Educación en Salud.

#### b. Equipos y Materiales

- Vehículo(s)
- Motocicletas
- Computadores
- Proyector
- Cámaras digitales
- Kits de prueba serológica

#### c. Costos necesarios

- Costo para impresión de materiales didácticos
- Costo de seminarios y capacitaciones
- Costo de salario de piloto y asistentes

Handwritten signature and initials in black ink, located in the bottom right corner of the page.

<Insumos por parte de Guatemala>

a. Recursos Humanos

[Personal Contraparte]

- Coordinador Subprograma de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas
- Responsable Entomología Médica (ENTOMED)
- Epidemiólogo responsable de la Vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores
- Directores de las 10 Áreas de Salud beneficiarias

[Otro Personal]

- Epidemiólogo, Coordinadores y equipos ETV, Coordinadores de ISA Y TSR, Estadígrafo de Área, Enfermeras, Encargados Educación en Salud, Unidad Técnica de Salud Reproductiva, Unidad Técnica de Extensión de Cobertura de las Áreas de Salud
- Médicos y enfermeras de los Centros y Puestos de Salud de MSPAS
- Voluntarios de Salud, personal para rociar insecticidas

b. Equipos y Materiales

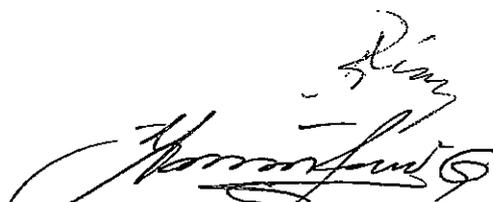
- Equipos donados con el Proyecto anterior (Vehículos, equipos rociadores, partes y repuestos, etc.,)
- Motocicletas
- Insecticidas
- Rociadoras (fumigadoras)
- Kits de prueba serológica

c. Facilidades

- Oficina de Proyecto y parqueo para Vehículo(s)

d. Gastos necesarios

- Mantenimiento, seguro, combustibles para vehículos y motocicletas
- Gastos de la oficina del Proyecto (electricidad, agua, comunicaciones)
- Viáticos y gastos de funcionarios MSPAS



#### 4 ROLES Y RESPONSABILIDADES DE LAS ORGANIZACIONES INVOLUCRADAS

##### (1) Organizaciones ejecutoras del Proyecto

El MSPAS es la organización responsable del Proyecto con los funcionarios encargados que se mencionan abajo. Se adjunta un organigrama provisional del Proyecto como Anexo 3.

##### 1) Director del Proyecto

Viceministro Técnico del MSPAS

##### 2) Subdirectores del Proyecto

Director de Regulación Vigilancia y Control de la Salud

Director General del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS)

Director del Centro Nacional de Epidemiología (CNE)

##### 3) Gerente del Proyecto

Coordinador Nacional del Programa de Enfermedades de Trasmítidas por Vectores  
Jefatura Departamento de Vigilancia Epidemiológica

##### 4) Personal de contraparte de los Expertos Japoneses

Coordinador Subprograma de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas

Responsable Entomología Médica (ENTOMED)

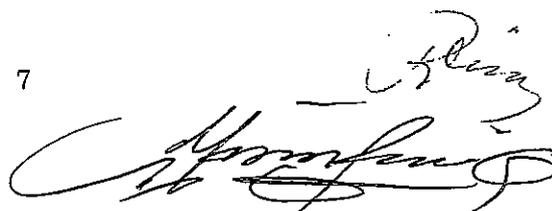
Epidemiólogo responsable de la Vigilancia de las enfermedades transmitidas por Vectores (CNE)

Directores de las 10 Áreas de Salud Endémicas

##### (2) Comité de Coordinación Conjunto del Proyecto

El Comité de Coordinación Conjunto (CCC) se reunirá una vez al año, o en cualquier momento que se estime conveniente para:

- 1) Avalar el plan anual de trabajo del Proyecto;
- 2) Dar seguimiento al avance del plan anual de trabajo;
- 3) Intercambiar puntos de vista sobre asuntos importantes que se presenten durante la implementación del Proyecto; y
- 4) Dictar cualquier otro tema para una buena implementación del Proyecto.



XX

El CCC estará compuesto por los siguientes miembros:

**i) Presidente**

Viceministro Técnico del MSPAS

**ii) Miembros Guatemaltecos**

Unidad de Planificación Estratégica y Cooperación Internacional

Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud

Departamento Regulación de Programas de Asistencia personas

Programa Nacional ETV

Programa Salud Reproductiva Médica

Programa de Medicina transfusional y Bancos

Laboratorio Nacional de Salud

Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS)

Departamento de Promoción y Educación en Salud

Departamento Desarrollo de Servicios de Salud

Centro Nacional de Epidemiología (CNE)

Departamento Vigilancia Epidemiológica

Unidad de Enfermedades Transmisibles

Las 10 Áreas de Salud beneficiarias

**iii) Miembros Japoneses**

Oficina de JICA en Guatemala

Embajada del Japón

Expertos Japoneses

**iv) Observadores**

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud  
(OPS/OMS)

Laboratorio de Entomología Aplicada (LENAP), Universidad de San Carlos de  
Guatemala (USAC)

Universidad del Valle de Guatemala

Otras organizaciones invitadas por el Presidente del CCC

## 5 MEDIDAS QUE DEBEN SER TOMADAS POR AMBAS PARTES

### (1) Medidas a ser tomadas por JICA

De acuerdo con las leyes y regulaciones que rigen en Japón, JICA y las disposiciones del Artículo II del Acuerdo de Cooperación Técnica entre el Gobierno de Japón y el Gobierno de Guatemala, firmado en Tokio el 28 de marzo de 1977 (de aquí en adelante referido "El acuerdo"), JICA como la agencia ejecutora para la cooperación técnica por parte del Gobierno de Japón del Acuerdo, tomará por su propia cuenta, las siguientes medidas según procedimientos de acuerdo con el procedimiento normal de su programa de Cooperación Técnica del Japón.

#### 1) Envío de expertos japoneses y de tercer país

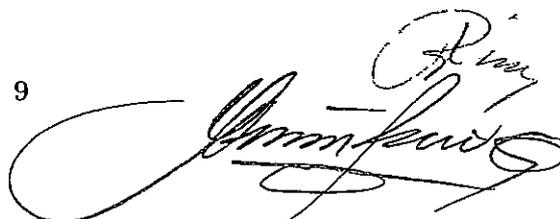
JICA proveerá los servicios del(los) experto(s) japonés(es) y/o terceros países. La disposición del Artículo VIII, del acuerdo será aplicada a los expertos mencionados anteriormente.

#### 2) Provisión de maquinaria y equipo

JICA proveerá maquinaria, equipo y otros materiales necesarios para la implementación del Proyecto. La Disposición del Artículo IX del Acuerdo será aplicado al equipo.

### (2) Medidas a ser tomadas por el Gobierno de la República Guatemala

- 1) El Gobierno de la República de Guatemala tomará las medidas necesarias para asegurar la sostenibilidad del Proyecto, durante y después del período de la Cooperación Técnica del Japón, por medio del completo involucramiento de todas las autoridades, grupos de beneficiarios e instituciones relacionadas con el Proyecto.
- 2) El Gobierno de la República de Guatemala asegurará que la tecnología y los conocimientos adquiridos por los guatemaltecos como resultado de la Cooperación Técnica del Japón contribuirá al desarrollo económico y social de Guatemala.
- 3) De acuerdo a lo previsto en el Artículo V y VI del Acuerdo, el Gobierno de la República de Guatemala concederá a los expertos japoneses y a sus familiares privilegios, exenciones y beneficios referidos en 5-(1)-1).
- 4) De acuerdo a lo previsto en el Artículo IX del Acuerdo, el Gobierno de la República de Guatemala tomará medidas para recibir y utilizar los Equipos, maquinaria y materiales arriba mencionados a ser suministrados por JICA bajo 5-(1)-2), así como equipos, maquinaria y materiales a ser traídos por los expertos japoneses referidos en 5-(1)-1) del Artículo arriba mencionado.



- 5) De acuerdo a lo previsto por el Artículo V-1(b) Acuerdo, el Gobierno de la República de Guatemala proveerá servicios de contrapartes guatemaltecos de personal técnico y administrativo como se refiere el 4-(1).
- 6) De acuerdo a lo previsto en el Artículo V-1(a) del Acuerdo, el Gobierno de la República de Guatemala proveerá las facilidades que son referidas por 3-(5)-5).
- 7) De acuerdo con las leyes y regulaciones vigentes en Guatemala, el Gobierno de la República de Guatemala tomará las medidas necesarias para suministrar o reemplazar bajo su propio costo, maquinaria, equipos, instrumentos, vehículos, herramientas, repuestos y otros materiales necesarios para la implementación del Proyecto, a parte de los Equipos proporcionados por JICA referidos en 5-(1)-2) arriba mencionados.
- 8) De acuerdo con las leyes y regulaciones vigentes en Guatemala, el Gobierno de la República de Guatemala tomará las medidas necesarias para asignar los costos de operación para la implementación del Proyecto.

## 6 OTROS ASUNTOS RELEVANTES

Como resultado de las discusiones con los funcionarios de MSPAS, los siguientes temas fueron acordados:

- (1) El MSPAS aprobará oficialmente el “Plan Estratégico Nacional para el Control de la Enfermedad de Chagas (2008-2013)”, y realizara esfuerzos continuos con el fin de asegurar los compromisos políticos y financieros para el Control de la Enfermedad de Chagas.
- (2) Para que el Proyecto pueda iniciar con el mejoramiento y fortalecimiento del Sistema de Vigilancia (Fase de Mantenimiento) el MSPAS se responsabilizará totalmente para complementar los estudios entomológicos anteriores y posteriores al rociado de insecticidas (Fase de Ataque).
- (3) El MSPAS se responsabilizará totalmente para asumir las respuestas epidemiológicas (ej. diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas) y además hará el mayor esfuerzo para fortalecer su capacidad en respuestas epidemiológicas.
- (4) Para incrementar la cobertura del Sistema de Vigilancia, el MSPAS tomará una fuerte iniciativa para extender el Proyecto a las áreas de servicios de salud bajo el Programa de Extensión de Cobertura, a través de negociaciones con las ONGs contratadas.



- (5) El Proyecto deberá ser implementado en colaboración y coordinación con los voluntarios japoneses y sus contrapartes locales que trabajarán para cambio de hábitos, comunicación y participación comunitaria para la sostenibilidad del sistema de vigilancia.
- (6) Las experiencias y conocimientos adquiridos a través del Proyecto (ej. las buenas prácticas y lecciones aprendidas) serán compartidas y discutidas con los proyectos de JICA para el Control de la Enfermedad de Chagas de otros países centroamericanos (ej. Honduras y El Salvador).

## 7 ETAPAS SIGUIENTES

- (1) Los resultados de la evaluación preliminar del Proyecto desde el punto de vista de los cinco criterios (relevancia, efectividad, eficiencia, impacto y sostenibilidad) deben ser aprobados por las autoridades de JICA.
- (2) Se realizarán más discusiones para la implementación del Proyecto entre MSPAS y JICA en una etapa posterior, para confirmar las medidas que deben ser tomadas por ambas partes y los contenidos del PDM y del PO.
- (3) Se elaborará el Registro de Discusiones, que se firmará por ambas partes antes del inicio del Proyecto.

- Anexo 1 Matriz de Diseño del Proyecto (borrador del PDM)
- Anexo 2 Plan Operativo (borrador de PO)
- Anexo 3 Organigrama del Proyecto (borrador)



## Matriz de Diseño de Proyecto (Borrador del PDM)

Ver.1(Borrador) 10 de octubre del 2008

ANEXO 1

**Título del Proyecto:** Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas (Establecimiento del Sistema de Vigilancia Sostenible)

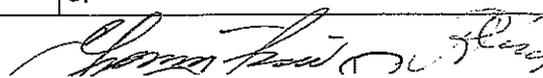
**Duración del Proyecto:** 3 años (marzo del 2009 a febrero del 2012)

**Departamentos beneficiarios:** (Grupo A: Alto riesgo/Alta carga) Chiquimula, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa  
(Grupo B: Alto riesgo/Baja carga) Baja Verapaz, El progreso, Zacapa  
(Grupo C: Bajo riesgo/Baja carga) Alta Verapaz, El Quiché, Huehuetenango

\*Los grupos son categorizados de acuerdo al grado de riesgo (índice de infestación) y carga (seroprevalencia). Según esta categorización se planearán los insumos para coordinar las intervenciones directas y monitoreo por el Proyecto, que pueda llegar hasta cierto número de centros y puestos de salud.

**Grupo beneficiario:** [Beneficiarios Directos] El MSPAS y los 10 Aéreas de Salud [Beneficiarios Indirectos] Centros y Puestos de Salud, voluntarios de salud y comunidades

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS IMPORTANTES
<p><b>Objetivo Superior</b></p> <p>La transmisión Vectorial de la Enfermedad de Chagas es interrumpida en Guatemala.</p>	<p><i>Para el 2013,</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Seroprevalencia entre escolares de 7 a 14 años (= 0%)</li> <li>Infestación domiciliar de T.d (&lt; 5%)</li> <li>El número de comunidades infestadas por R.p (0)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Informe del Plan Estratégico Nacional 2008–2013 de la Enfermedad de Chagas.</li> <li>Informe del Plan Estratégico Nacional 2008–2013 de la Enfermedad de Chagas.</li> <li>Informe del Plan Estratégico Nacional 2008–2013 de la Enfermedad de Chagas.</li> </ol>	<p>Para lograr la meta de IPCA, el MSPAS realiza continuamente los compromisos políticos para la interrupción de la Enfermedad de Chagas</p>
<p><b>Objetivo del Proyecto</b></p> <p>El Sistema de Vigilancia de la Enfermedad de Chagas con Participación Comunitaria (1) es fortalecido en Áreas de Salud de los departamentos beneficiarios.</p>	<p><i>Al final del proyecto,</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La cobertura del Sistema de Vigilancia (XX%)</li> <li>En todas las Áreas de Salud de los departamentos beneficiarios, los puntos de calificación por la hoja de chequeo de funcionalidad excede al requerimiento mínimo (XX)</li> <li>En Vigilancia Pasiva, el número de nuevos casos sospechosos en todas las edades son reportados mensualmente</li> <li>En Vigilancia Pasiva, el número de vectores capturados de R.p y T.d son reportados mensualmente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Informe del Proyecto</li> <li>Informe del proyecto, análisis de calificación de la hoja de chequeo funcional.</li> <li>La base de datos entomológicos y epidemiológicos de MSPAS</li> <li>La base de datos entomológicos y epidemiológicos de MSPAS</li> </ol>	<p>El Control de la Enfermedad de Chagas continúa siendo una prioridad para MSPAS.</p> <p>La calidad de la prueba de sero-positividad en sangre no está comprometida (transigida) o declinada</p> <p>La calidad de diagnosis y tratamiento de la Enfermedad de Chagas se mejora por iniciativa de MSPAS</p>



**Resultados esperados**

<p>1. Las Guías Nacionales para el Sistema de Vigilancia han sido desarrolladas.</p>	<p>1-1. Las Guías Nacionales están disponibles 1-2. Las opciones (propuestas) para el Sistema de Vigilancia están disponibles 1-3. La hoja de chequeo para evaluar y monitorear la funcionalidad del Sistema de Vigilancia está desarrollada. 1-4. El sistema de información está diseñado 1-5. Los materiales de promoción y capacitación están desarrollados</p>	<p>1-1. Guías Nacionales desarrolladas 1-2. Informe del proyecto 1-3. Hoja de chequeo desarrollada 1-4. Sistema de información diseñado 1-5. Formatos y bases de datos ordenados</p>	<p>Los graves desastres y el brote de otras enfermedades infecciosas no disminuyen los recursos para el control de la Enfermedad de Chagas.</p>
<p>2. En todos los niveles del MSPAS se dispone de capacidades adecuadas para la Planificación Estratégica operativa del Sistema de Vigilancia.</p>	<p>2-1. Los planes anuales para el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia están preparados</p>	<p>2-1. Planes anuales, informe del Proyecto</p>	<p>Las ONGs contratadas para el Programa de Extensión de Cobertura, participan para el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia en áreas de riesgo de la Enfermedad de Chagas.</p>
<p>3. En todos los niveles del MSPAS se dispone de capacidades adecuadas para operación, monitoreo y supervisión del Sistema de Vigilancia.</p>	<p>3-1. El nivel de entendimiento de los actores MSPAS en todas las Áreas de Salud beneficiarias, alcanzan los criterios mínimos. (XX) 3-2. Conocimiento, actitud y práctica (CAP) de los comunitarios bajo el Sistema de Vigilancia, se mejora. 3-3. Los equipos de control de la Enfermedad de Chagas están organizados con TOR (término de referencia) claros en cada Área de Salud. 3-4. Capacitaciones necesarias para satisfacer TOR son realizadas. 3-5. Al menos una visita al año de supervisión y asistencia técnica a áreas de Salud por el nivel Central de MSPAS. 3-6. Reportes mensuales de datos entomológicos y epidemiológicos son presentados al MSPAS.</p>	<p>3-1. Estudio por encuestas y entrevistas con los actores 3-2. Comparación de resultados del estudio sobre CAP sobre la Enfermedad de Chagas 3-3. TOR de los miembros del equipo de control de la Enfermedad de Chagas 3-4. Reporte de capacitaciones 3-5. Informe del Proyecto 3-6. Reportes mensuales, base de datos entomológicos y epidemiológicos de MSPAS</p>	




Actividades	Insumos por la Parte Guatemalteca	Insumos por la Parte Japonesa	Condición Previa
<p>0-1 Conducir estudios base de línea para obtener información y datos necesarios para el diseño detallado, el monitoreo y evaluación del Proyecto.</p> <p>0-2 Con base en los resultados de 0-1, establecer los indicadores de PDM que no se han definido.</p>	<p>&lt;Recursos humanos &gt; <i>Personal Contraparte</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador Subprograma de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas</li> <li>• Responsable Entomología Médica (ENTOMED)</li> <li>• Epidemiólogo responsable de la Vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores (CNE)</li> <li>• Directores de las 10 Áreas de Salud beneficiarias</li> </ul>	<p>&lt;Recursos humanos &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Expertos de largo plazo: (i) Asesor líder; (ii) Coordinador/Participación comunitaria</li> <li>• Expertos de corto plazo: Por ejemplo (i) Entomología; (ii) Epidemiología; (iii) Sistema de Información en Salud; (iv) Educación en Salud.</li> </ul>	<p>Las comunidades de las Áreas de Salud beneficiarias no están en contra del Proyecto.</p> <p>Los actores involucrados cooperan con el Proyecto</p>
<p>(Guías)</p> <p>1-1 Revisión del protocolo existente para el Sistema de Vigilancia</p> <p>1-2 Revisión de las prácticas de vigilancia existentes en las Áreas de Salud de los departamentos y evaluar si son apropiados y funcionales como Sistema de Vigilancia.</p> <p>1-3 Identificar opciones de propuesta del Sistema de Vigilancia en colaboración con cada Área de Salud.</p> <p>1-4 Diseñar un sistema de información que este compuesto de canales de información, formatos de reporte, selección de criterio de respuestas, base de datos, etc.</p> <p>1-5 Desarrollar herramientas simples de monitoreo y supervisión como hojas de chequeo para el Sistema de Vigilancia.</p> <p>1-6 Compilar lo mencionado en 1-3, 1-4, y 1-5 dentro de la Guía Nacional.</p> <p>1-7 Desarrollar materiales de promoción y capacitación basados en experiencias y conocimientos de cada una de las Áreas de Salud beneficiarias.</p> <p>1-8 Realizar seminarios de difusión sobre el protocolo, guías y materiales de promoción y capacitación.</p>	<p>&lt;Recursos humanos &gt;</p> <p><i>Otro Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epidemiólogo, Coordinadores y equipos ETV, Coordinadores de ISA Y TSR, Estadígrafo de Área, Enfermeras, Encargados Educación en Salud, Unidad Técnica de Salud Reproductiva, Unidad Técnica de Extensión de Cobertura de las Áreas de Salud</li> <li>• Médicos y enfermeras de los Centros y Puestos de Salud de MSPAS</li> <li>• Voluntarios de Salud, personal para rociar insecticidas</li> </ul>	<p>&lt;Equipos y materiales &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vehículo(s)</li> <li>• Motocicletas</li> <li>• Computadores</li> <li>• Projectores</li> <li>• Cámaras digitales</li> <li>• Kits de prueba serológica</li> </ul> <p>&lt;Costos necesarios &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo para impresión de materiales didácticos</li> <li>• Costo de seminarios y capacitaciones</li> <li>• Costo de salario de piloto y asistentes</li> </ul>	
<p>(Planificación Estratégica Operativa)</p> <p>2-1 Capacitar a funcionarios de Áreas de Salud sobre la planificación estratégica operativa para fortalecer el Sistema de Vigilancia.</p> <p>2-2 Clasificar las comunidades de acuerdo al nivel de riesgos (índice de infestación domiciliar) y carga (seroprevalencia) de la Enfermedad de Chagas.</p> <p>2-3 Clasificar las comunidades de acuerdo a la Fase de Control de la Enfermedad de Chagas (de Ataque o de Mantenimiento).</p> <p>2-4 Desarrollar mecanismos de motivación e incentivos para la participación comunitaria sostenible (centros y puestos de salud, voluntarios de salud, etc.) y asegurar la sostenibilidad del Sistema de Vigilancia.</p> <p>2-5 Seleccionar y aplicar una opción apropiada del sistema de vigilancia a cada comunidad en donde la Fase de Ataque se ha completado.</p>	<p>&lt;Equipos y materiales &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipos donados con el Proyecto anterior (Vehículos, equipos rociadores, partes y repuestos, etc.)</li> <li>• Motocicletas</li> <li>• Insecticidas</li> <li>• Rociadoras (fumigadoras)</li> <li>• Kits de prueba serológica</li> </ul> <p>&lt;Facilidades &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina de Proyecto y parqueo para Vehículo(s)</li> </ul>		

<p>2-6 Preparar un plan de operaciones anual para el sistema de vigilancia.</p> <p><i>(Operación, Monitoreo y Supervisión)</i></p> <p>3-1 Organizar los Equipos de Control de la Enfermedad de Chagas compuestos por Director, epidemiólogo, ETV, funcionarios de educación en salud, etc. en cada Área de Salud de los departamentos beneficiarios.</p> <p>3-2 Establecer roles y responsabilidades de los miembros del Equipo (TORs).</p> <p>3-3 Realizar capacitaciones (incluyendo Capacitación de Capacitadores y visitas al campo) para Equipos de Control de la Enfermedad de Chagas de acuerdo a TORs.</p> <p>3-4 Capacitar al personal de centros y puestos de salud y voluntarios sobre el sistema de vigilancia.</p> <p>3-5 Realizar actividades de promoción como talleres para el Control de la Enfermedad de Chagas para ONGs contratadas por el Programa de la Extensión de Cobertura.</p> <p>3-6 Los centros y puestos de salud realizan de inmediato: (i) Informar a ETV la presencia de R.p para el rociado; y (ii) referir y contra referir casos sospechosos a hospitales sobre la base de rutina (vigilancia pasiva).</p> <p>3-7 Las Áreas de Salud realizan estudios entomológicos y epidemiológicos anualmente (vigilancia activa)</p> <p>3-8 De acuerdo al sistema de información mencionado en 1-4, cada Área de Salud envía reportes mensuales del sistema de vigilancia al nivel central de MSPAS.</p> <p>3-9 Llevar a cabo monitoreo y supervisión (M&amp;S) para el sistema de vigilancia utilizando la hoja de chequeo mencionado en 1-5.</p> <p>3-10 Analizar y utilizar los datos de vigilancia para toma de decisiones basada en evidencias y compartir los resultados entre las Áreas de Salud.</p> <p>3-11 Publicar y presentar reportes anuales de implementación para el sistema de vigilancia.</p> <p>3-12 Realizar un seminario anual nacional invitando a todos los actores involucrados.</p>			<p>&lt;Gastos necesarios&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento, seguro, combustibles para vehículos y motocicletas</li> <li>• Gastos de la oficina del Proyecto (electricidad, agua, comunicaciones)</li> <li>• Viáticos y gastos de funcionarios MSPAS</li> </ul>	
---	--	--	---	--

*Handwritten signatures and initials:*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Initials]*

Notas:

- (1) Un Sistema Sostenible para el control de la Enfermedad de Chagas consiste en vigilancia y respuesta, así mismo coordinación operativa e integral entomológica y epidemiológica a través de los canales de información. El sistema de vigilancia debe de ajustarse a: (i) riesgo de enfermedad de Chagas; (ii) Carga de Enfermedad de Chagas; y (iii) Características socio económicas, culturales y demográficas de cada comunidad objetivo. Nótese que el proyecto no contempla respuesta epidemiológica.
- (2) En principio la línea basal de cada área de salud departamental son recolectadas a través de revisión de datos secundarios. Estos incluyen: (i) El número de comunidades infestadas por Rp; (ii) Índice de Infestación domiciliar; (iii) seroprevalencia en escolares de 7-14 años de edad; (iv) información socioeconómica, sociocultural y socio demográfica; (v) información del CAP; y (vi) otros indicadores en el PDM. Cuando estos datos no estén disponibles, encuestas entomológicas, epidemiológicas y/o CAP serán realizadas.
- (3) Un paquete de opciones simples de un modelo de sistema de vigilancia ajustada para las características locales y recursos disponibles.
- (4) La hoja de encuesta diseñada para evaluar la funcionalidad del sistema de vigilancia, e.g. por medición: (i) envió de reporte mensual en línea de tiempo; (ii) evaluación de los datos reportados mensualmente; (iii) reportes de datos mensuales completos; y (iv) nivel de participación comunitaria.

*Yanfeng*  
*Ding*  
*X*

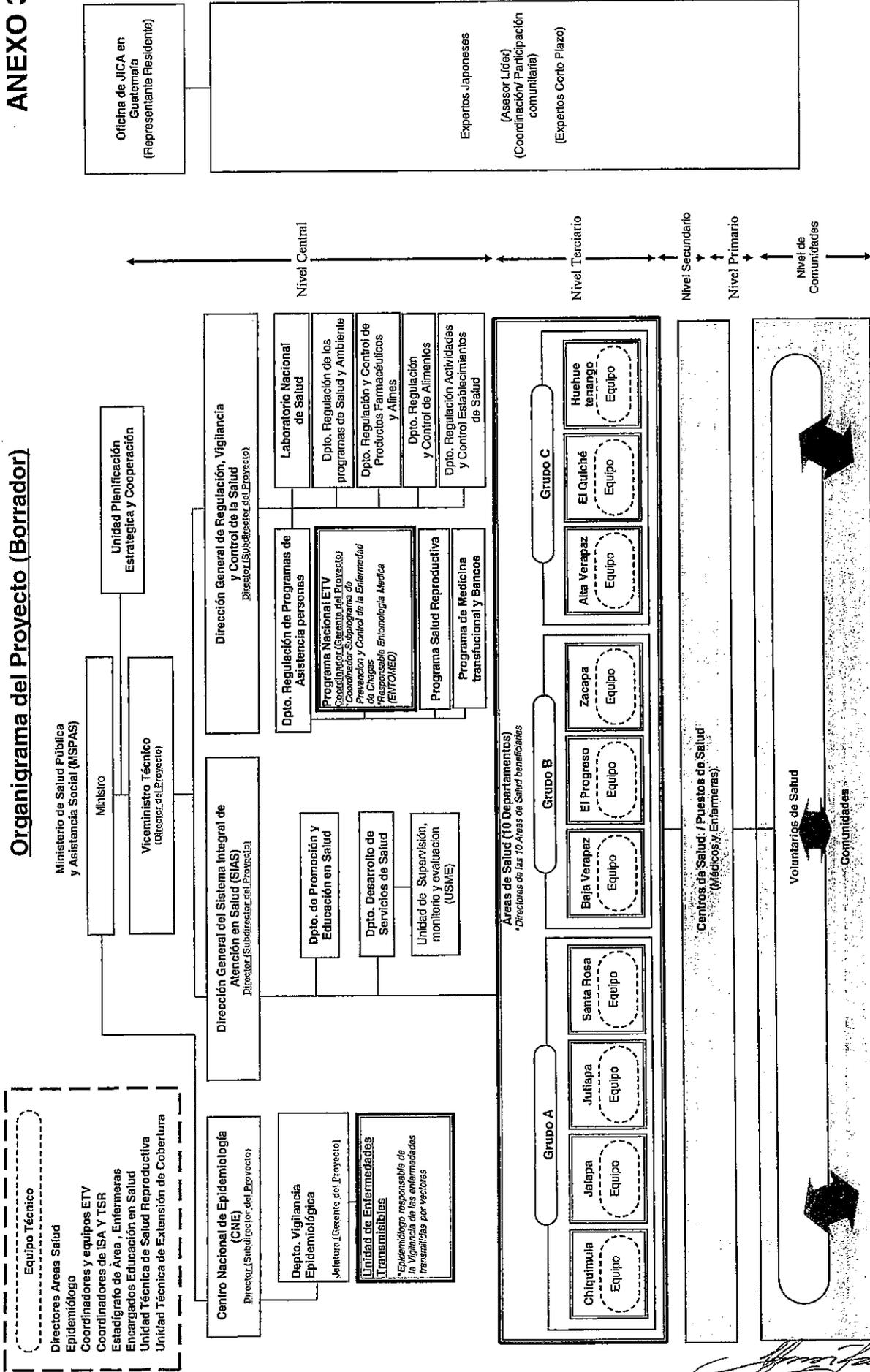
Plan Operativo (borrador de PO)

Año Físico de Ejecución (FVE)		Año Físico de Ejecución (FVE)											
Año de calendario		Año de calendario											
Ejercicio		Ejercicio											
Mes		Mes											
		Jan	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Plan del año de los aspectos		Plan del año de los aspectos											
1	Asesoría legal												
2	Coordinación/Funcionamiento comunitaria												
3	Entomología												
4	Entomología												
5	Sistema de información en Salud												
6	Educación en Salud												
1.2.3.4.5.6	Responsable												
1	Sub programa de Chegas, ENTOMED, Responsable de CHE												
1.1	Conocer el estado base de línea para obtener información y datos necesarios para el diseño del sistema, el monitoreo y la evaluación del sistema de información en salud.												
1.2	Conocer el estado base de línea para obtener información y datos necesarios para el diseño del sistema, el monitoreo y la evaluación del sistema de información en salud.												
1.3	Conocer el estado base de línea para obtener información y datos necesarios para el diseño del sistema, el monitoreo y la evaluación del sistema de información en salud.												
1.4	Conocer el estado base de línea para obtener información y datos necesarios para el diseño del sistema, el monitoreo y la evaluación del sistema de información en salud.												
1.5	Conocer el estado base de línea para obtener información y datos necesarios para el diseño del sistema, el monitoreo y la evaluación del sistema de información en salud.												
1.6	Conocer el estado base de línea para obtener información y datos necesarios para el diseño del sistema, el monitoreo y la evaluación del sistema de información en salud.												
1.7	Conocer el estado base de línea para obtener información y datos necesarios para el diseño del sistema, el monitoreo y la evaluación del sistema de información en salud.												
1.8	Conocer el estado base de línea para obtener información y datos necesarios para el diseño del sistema, el monitoreo y la evaluación del sistema de información en salud.												
2	Subprograma de Chegas y ENTOMED												
2.1	Operar e implementar el Área de Salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												
2.2	Operar e implementar el Área de Salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												
2.3	Operar e implementar el Área de Salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												
2.4	Operar e implementar el Área de Salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												
2.5	Operar e implementar el Área de Salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												
2.6	Operar e implementar el Área de Salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												
3	Subprograma de Chegas y ENTOMED												
3.1	Elaborar el plan de trabajo del área de salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												
3.2	Elaborar el plan de trabajo del área de salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												
3.3	Elaborar el plan de trabajo del área de salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												
3.4	Elaborar el plan de trabajo del área de salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												
3.5	Elaborar el plan de trabajo del área de salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												
3.6	Elaborar el plan de trabajo del área de salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												
3.7	Elaborar el plan de trabajo del área de salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												
3.8	Elaborar el plan de trabajo del área de salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												
3.9	Elaborar el plan de trabajo del área de salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												
3.10	Elaborar el plan de trabajo del área de salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												
3.11	Elaborar el plan de trabajo del área de salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												
3.12	Elaborar el plan de trabajo del área de salud sobre la planificación y el establecimiento de unidades de atención al nivel de las áreas de salud.												

*[Handwritten signature]*

# Organigrama del Proyecto (Borrador)

ANEXO 3



Notas: \* XXXX = Contraparte de los Expertos Japoneses [ ] = Miembros del Comité Conjunto de Coordinación

4. 討議議事録 (R/D) および付属協議議事録 (M/M) (英文)

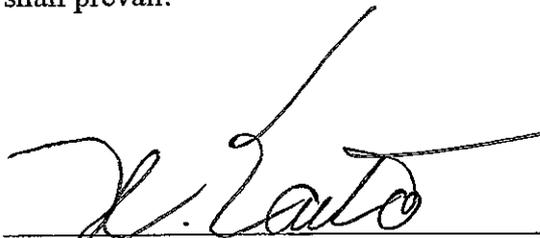
**RECORD OF DISCUSSIONS  
BETWEEN  
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY  
AND  
AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF  
THE REPUBLIC OF GUATEMALA  
ON  
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION  
FOR  
PROJECT FOR THE CONTROL OF CHAGAS DISEASE  
(ESTABLISHMENT OF SUSTAINABLE SURVEILLANCE SYSTEM)**

Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") exchanged views and had a series of discussions with the authorities concerned of the Government of the Republic of Guatemala for the purpose of working out the details of the technical cooperation program concerning the Project for the Control of Chagas Disease (Establishment of Sustainable Surveillance System).

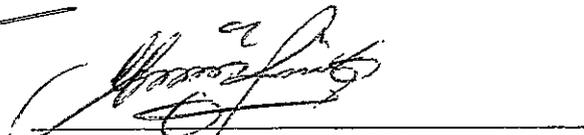
As a result of the discussions, and in accordance with the provisions of the Agreement on Technical Cooperation between the Government of Japan and the Government of the Republic of Guatemala, signed in Tokyo on March 28th, 1977 (hereinafter referred to as "the Agreement"), both sides agreed on the matters referred to in the document attached hereto.

This Record of Discussions has been prepared in Spanish and English languages. Each text is equally authentic. In case of any divergence of interpretation, the English text shall prevail.

Guatemala City, 12<sup>th</sup> December 2008

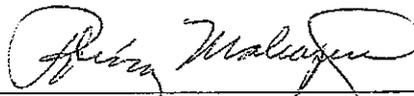


Mr. Hiroshi Saito  
Resident Representative  
Guatemala Office  
Japan International Cooperation Agency  
Japan



Dr. Víctor Israel Guerra Velásquez  
Technical Vice Minister  
Ministry of Health and Social Welfare  
Republic of Guatemala

Honorable Witness:



Lic. Rafael Diaz Makepeace  
Director of International Cooperation  
Secretary of Planning and Programming  
Republic of Guatemala

## The Attached Document

### I. COOPERATION BETWEEN JICA AND THE GUATEMALAN GOVERNMENT

1. The Government of the Republic of Guatemala will implement the Project for the Control of Chagas Disease (Establishment of Sustainable Surveillance System) (hereinafter referred to as "the Project") in cooperation with JICA.
2. The Project will be implemented in accordance with the Master Plan which is given in Annex I.

### II. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

In accordance with the laws and regulations in force in Japan, JICA, as the executing agency for technical cooperation by the Government of Japan, will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures of its technical cooperation scheme.

#### 1. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

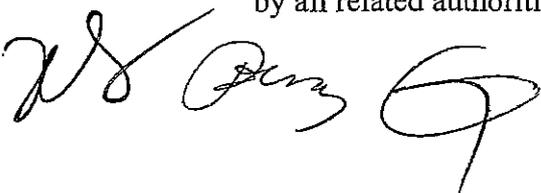
JICA will provide the services of the Japanese experts as listed in Annex II. The provision of Article V of the Agreement will be applied to the above-mentioned experts.

#### 2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

JICA will provide such equipment and other materials (hereinafter referred to as "the Equipment") necessary for the implementation of the Project as listed in Annex III. The provision of Article IX of the Agreement will be applied to the Equipment.

### III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF GUATEMALA

1. The Government of Guatemala will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.



2. The Government of Guatemala will ensure that the technologies and knowledge acquired by the nationals of Guatemala as a result of the Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of Guatemala.
3. In accordance with the provisions of Article V and VI of the Agreement, the Government of Guatemala will grant in Guatemala privileges, exemptions and benefits to the Japanese expert(s) referred to in II-1 above and their families.
4. In accordance with the provisions of Article IX of the Agreement, the Government of Guatemala will take the measures necessary to receive and use the Equipment provided by JICA under II-2 above and equipment, machinery and materials carried in by the Japanese expert(s) referred to in II-1 above.
5. In accordance with the provision of Article V-1(b) of the agreement, the Government of Guatemala will provide the services of Guatemalan counterpart technical and administrative personnel as listed in Annex IV.
6. In accordance with the provision of Article V-1(a) of the Agreement, the Government of Guatemala will provide the buildings and facilities as listed in Annex V.
7. In accordance with the laws and regulations in force in Guatemala, the Government of Guatemala will take necessary measures to supply or replace at its own expense machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under II-2 above.
8. In accordance with the laws and regulations in force in Guatemala, the Government of Guatemala will take necessary measures to meet the running expenses necessary for the implementation of the Project.

#### IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. Technical Vice minister, Ministry of Health and Social Welfare (hereinafter referred to as "MSPAS"), as the Project Director, will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project.
2. General Director of Regulation, Surveillance and Health Control, General Director of the Health Integral Welfare System (SIAS) and Director of National Epidemiology Center (CNE), MSPAS, as the Deputy Project Directors, will assist the Project Director for the administration and implementation of the Project.



3. Coordinator of National Program of ETV and Chief of Department of Epidemiology Surveillance (CNE), MSPAS, as the Project Managers, will be responsible for the managerial matters of the Project.
4. The Japanese expert (Chief Advisor) will provide necessary recommendations and advice to the Project Director, Deputy Project Directors and the Project Managers on any matters pertaining to the implementation of the Project.
5. The Japanese experts will give necessary technical guidance and advice to the Guatemalan counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.
6. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordination Committee will be established whose functions and composition are described in Annex VI.

## V. JOINT EVALUATION

Evaluation of the Project will be conducted jointly by JICA and the Guatemalan authorities concerned at the middle and during the last six months of the cooperation term in order to examine the level of achievement.

## VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

In accordance with the provision of Article VII of the Agreement, the Government of the République of Guatemala undertakes to bear claims, if any arises, against the Japanese experts engaged in technical cooperation for the Project, resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with the discharge of their official functions in the Republic of Guatemala, except for those arising from the willful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

## VII. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between JICA and the Guatemalan Government on any major issues arising from, or in connection with this Attached Document.



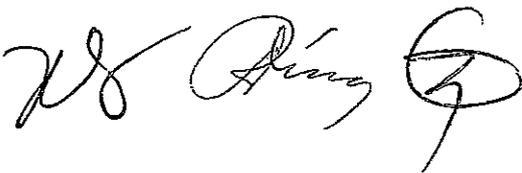
## VIII. MEASURES TO PROMOTE UNDERSTANDING OF AND SUPPORT FOR THE PROJECT

For the purpose of promoting understanding of and support for the Project among the people of the Republic of Guatemala, the Government of the Republic of Guatemala will take appropriate measures to make the Project widely known to the people of the Republic of Guatemala.

## IX. TERM OF COOPERATION

The duration of the technical cooperation for the Project under this Attached Document will be 3 (three) years from May 1<sup>st</sup>, 2009. The Japanese expert (Coordinator/Community Participation) will be dispatched prior to the commencement of the Project, for the preparation of the Project.

- ANNEX I      MASTER PLAN
- ANNEX II     LIST OF JAPANESE EXPERTS
- ANNEX III    LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT
- ANNEX IV    LIST OF GUATEMALAN COUNTERPARTS AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL
- ANNEX V     LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES
- ANNEX VI    JOINT COORDINATION COMMITTEE

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'W. R. King' followed by a stylized flourish.

## ANNEX I MASTER PLAN

### 1. OVERALL GOAL

Vectorial transmission of Chagas disease is interrupted in Guatemala.

### 2. PROJECT PURPOSE

A community-based participatory surveillance system for Chagas disease<sup>1</sup> is strengthened in the target health departments.

### 3. OUTPUTS OF THE PROJECT

- (1) The national guidelines for the surveillance system are developed.
- (2) The central MSPAS and health departments are equipped with adequate capacities of strategic operational planning of the surveillance system.
- (3) The MSPAS at the all levels is equipped with adequate capacities of operation, monitoring and supervision of the surveillance system.

### 4. ACTIVITIES OF THE PROJECT

- (0)-1 Conduct baseline surveys to obtain data necessary for detailed design, monitoring and evaluation of the Project<sup>2</sup>.
- (0)-2 Based on the results of (0)-1, set up undecided indicators in the PDM.
- (1)-1 Review the existing protocol for surveillance system.
- (1)-2 Review existing surveillance practices in the health departments, and assess their appropriateness and functionality.
- (1)-3 Identify draft options<sup>3</sup> of the surveillance system in collaboration with each health department.
- (1)-4 Design an information system composed of reporting channels, reporting formats, response selection criteria, and database etc.
- (1)-5 Develop a simple monitoring and supervision (M&S) checklist<sup>4</sup> for the

---

<sup>1</sup> A sustainable system for Chagas disease control which is composed of surveillance and responses and operated in an integrated or coordinated manner between both entomological and epidemiological information channels. The surveillance system should be customized in accordance with: (i) risk of Chagas disease; (ii) burden of Chagas disease; (iii) socio-economic, socio-cultural and socio-demographic characteristics of each target community. Note that the Project does not address epidemiological responses.

<sup>2</sup> In principle, baseline data of each health department are collected through secondary data review. They include: (i) the number of communities infested by R.p.; (ii) domestic infestation rate of T.d; (iii) sero-prevalence among children 7-14 years of age; (iv) socio-economic, socio-cultural and socio-demographic information; (v) KAP information; and (vi) other indicators in the PDM. When those data are not available, entomological, epidemiological, and/or KAP survey(s) will be conducted.

<sup>3</sup> A package of simple model options of the surveillance system adjusted to local characteristics and available resources.

<sup>4</sup> A checklist designed for assessing the functionality of the surveillance system, e.g. by measuring: (i) timeliness of monthly report

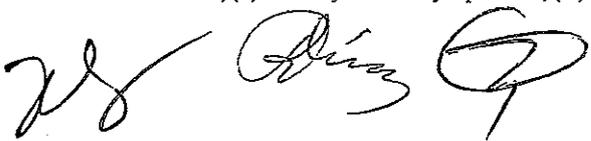


surveillance system.

- (1)-6 Compile the above (1)-3, (1)-4, and (1)-5 into the national guidelines.
- (1)-7 Develop advocacy and training materials based on experiences and knowledge of each health department.
- (1)-8 Hold dissemination seminars on the protocol, guidelines and advocacy/training materials.
- (2)-1 Train staff of the health departments on strategic operational planning for strengthening the surveillance system.
- (2)-2 Classify communities in accordance with the levels of risk (domestic infestation rate) and burden (sero-prevalence) of Chagas disease.
- (2)-3 Classify communities in accordance with Chagas disease control phase (attack or maintenance).
- (2)-4 Develop motivation and incentive mechanisms for sustaining community participation (e.g. health centers and posts, health volunteers), to ensure sustainability of the surveillance system.
- (2)-5 Select and apply an appropriate surveillance system option to each community where the attack phase is completed.
- (2)-6 Prepare an annual operation plan for the surveillance system
- (3)-1 Organize a Chagas disease control team composed of Director of health department, epidemiologists, ETV, health educators, and etc. in each health department.
- (3)-2 Define roles and responsibilities of the team members (TORs).
- (3)-3 Conduct trainings (including TOT and field visit) for the Chagas disease control teams on their TORs.
- (3)-4 Train staff of health centers, health posts and health volunteers on the surveillance system.
- (3)-5 Conduct advocacy activities for the contracted NGOs under the Coverage Extension Program.
- (3)-6 Health centers and posts immediately: (i) report the presence of R.p to ETV for spraying; and (ii) refer and counter-refer suspected cases with hospital on a routine basis (passive surveillance).
- (3)-7 Health departments conduct entomological and epidemiological surveys (active surveillance).
- (3)-8 According to the information system defined in (1)-4, each health department submits monthly reports of the surveillance system to the central MSPAS.
- (3)-9 Undertake monitoring and supervision (M&S) for the surveillance system using the checklist defined in (1)-5.
- (3)-10 Analyze and use the surveillance data for evidence-based decision making, and shares the result with the health departments.
- (3)-11 Publish and present an annual implementation report for the surveillance system.
- (3)-12 Hold an annual national seminar inviting all the stakeholders.

---

submission; (ii) accuracy of monthly report data; (iii) completeness of monthly report data; and (iv) level of community participation.



## ANNEX II LIST OF JAPANESE EXPERTS

### 1. Long-term Experts

- (1) Chief Advisor
- (2) Coordinator/ Community Participation

### 2. Short-term Experts

- (1) Entomology
- (2) Epidemiology
- (3) Health Information System
- (4) Health Education
- (5) Experts in other fields mutually agreed when necessity arises

Handwritten signatures of three individuals, likely representing the Japanese experts mentioned in the list above. The signatures are written in black ink and are somewhat stylized.

### ANNEX III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

1. Vehicle(s) for implementing and monitoring activities
2. Motorcycles for implementing and monitoring activities
3. Computers for making reports of activities
4. Projectors for holding training and workshops
5. Digital cameras for recording activities
6. Serological test kits for conducting serological surveys on active surveillance
7. Other equipments mutually agreed when necessity arises

Notes:

1. The above-mentioned equipments is limited to equipment necessary for the transfer of technology by the Japanese experts and implementing Project activities.
2. The contents, specifications and quantity of the above-mentioned equipment to be provided each year will be discussed every year between the Japanese experts and the Guatemalan counterpart personnel on the annual plan of the Project, within the allocated budget of the Japanese fiscal year.



**ANNEX IV LIST OF GUATEMALAN COUNTERPARTS AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL**

**1. Project Director**

Technical Vice minister of MSPAS

**2. Deputy Project Manager**

General Director of Regulation, Surveillance and Health Control  
General Director of the Health Integral Welfare System (SIAS)  
Director of National Epidemiology Center (CNE)

**3. Project Manager**

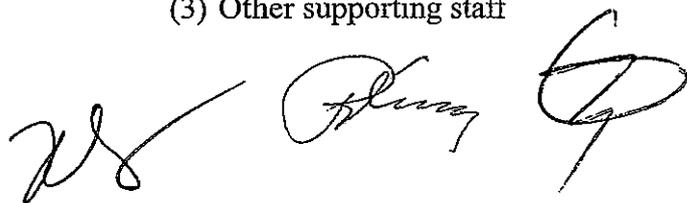
Coordinator of National Program of ETV  
Chief of Department of Epidemiology Surveillance (CNE)

**4. Counterpart personnel for the Project**

Sub-program Coordinator of Prevention and Control of Chagas Diseases  
Responsible of Medical Entomology (ENTOMED)  
Epidemiologist responsible of the Surveillance of Vector Transmitted Diseases (CNE)  
Directors of 10 Endemic Health Departments

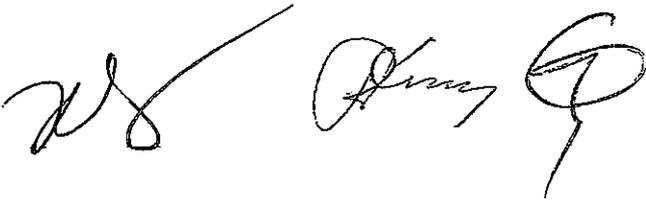
**5. Administrative personnel**

- (1) Secretary
- (2) Driver
- (3) Other supporting staff



**ANNEX V LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES**

1. Project office, parking space and other facilities necessary for the Japanese experts and Guatemalan personnel to implement the Project.
2. Facilities and services such as electricity, water supply, telephone and furniture necessary for the Project activities.
3. Other facilities mutually agreed when necessity arises.

Three handwritten signatures in black ink, arranged horizontally. The first signature on the left is a stylized, cursive 'W'. The middle signature is more legible, appearing to be 'H. King'. The signature on the right is a large, bold, cursive 'G'.

## ANNEX VI JOINT COORDINATION COMMITTEE

### 1. Functions

A Joint Coordination Committee (JCC) will be held once a year and whenever necessity arises, in order to:

- (1) authorize the annual work plan of the Project;
- (2) review the progress of the annual work plan;
- (3) exchange views on major issues that arise during the implementation of the Project;  
and
- (4) discuss any other issues for smoother implementation of the Project.

### 2. Composition

- (1) Chairperson  
Technical Vice minister of MSPAS
- (2) Guatemalan Member  
Unit of Strategic Planning and International Cooperation

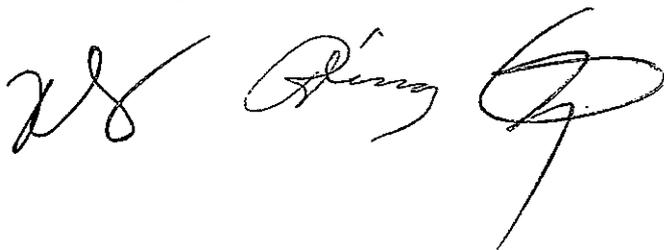
General Direction of Regulation, Surveillance and Health Control  
Department of Regulation of Assistance Program  
National Program of ETV  
Program of Reproductive Health  
Program of Transfussional Medicine and Blood Bank  
National Laboratory of Health

General Direction of the Health Integral Welfare System (SIAS)  
Department of Promotion and Health Education  
Department of Health Services Development

National Epidemiology Center (CNE)  
Department of Epidemiology Surveillance  
Unit of Transmitted Diseases

10 beneficial Health Departments

- (3) Japanese Member  
JICA Guatemala Office  
Japanese Experts



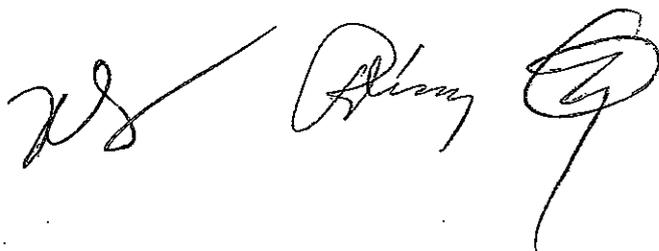
(4) Observer

Secretary of Planning and Programming of the Presidency (SEGEPLAN)

Pan-American Health Organization/ World Health Organization (PAHO/WHO)  
Laboratory of Applied Entomology (LENAP), University of San Carlos in Guatemala  
University of Valle in Guatemala

Embassy of Japan

Other organizations invited by the President of JCC

Three handwritten signatures in black ink, arranged horizontally. The first signature is a stylized 'JS'. The second signature is 'Alfonso'. The third signature is a large, circular, stylized 'E'.

**MINUTES OF MEETINGS  
BETWEEN  
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY  
AND  
AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF  
THE REPUBLIC OF GUATEMALA  
ON  
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION  
FOR  
PROJECT FOR THE CONTROL OF CHAGAS DISEASE  
(ESTABLISHMENT OF SUSTAINABLE SURVEILLANCE SYSTEM)**

Resident Representative of Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") Guatemala Office had a series of discussions with the Guatemalan authorities concerned about the formation of the Project for the Control of Chagas Disease (Establishment of Sustainable Surveillance System) (hereinafter referred to as "the Project").

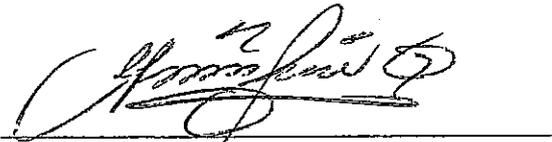
As a result of the discussions, Resident Representative of JICA Guatemala Office and the Technical Vice Minister of Health and Social Welfare agreed on the matters referred to in the document attached hereto. This Minutes of Meetings is considered as a supplement document of the Record of Discussions (hereinafter referred to as "the R/D") which is signed at the same time.

These texts were prepared in both English and Spanish. Each text is equally authentic. In case of any divergence of interpretation, the English text shall prevail.

Guatemala City, 12th December 2008

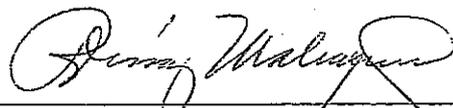


Mr. Hiroshi Saito  
Resident Representative  
Guatemala Office  
Japan International Cooperation Agency  
Japan



Dr. Víctor Israel Guerra Velásquez  
Technical Vice Minister  
Ministry of Health and Social Welfare  
Republic of Guatemala

Honorable Witness:



Lic. Rafael Díaz Makepeace  
Director of International Cooperation  
Secretary of Planning and Programming  
Republic of Guatemala

## THE ATTACHED DOCUMENT

### I. PROJECT DESIGN MATRIX

The Project Design Matrix (hereinafter referred to as "PDM") is commonly used in Japanese technical cooperation in order to manage and implement projects efficiently and effectively. It will also be used as a reference for monitoring and evaluating the Project. As a result of discussions, both sides agreed to apply the PDM as shown in ANNEX I to the Project with the following understanding.

1. PDM is a logically designed matrix that defines the initial understanding of the framework of technical cooperation for the Project and indicates the logical steps toward the achievement of the Project purpose.
2. PDM is to be flexibly revised according to the progress and achievements of the Project upon agreement at the Joint Coordinating Committee.

### II. PLAN OF OPERATION

The Plan of Operation has been tentatively formulated according to the Record of Discussions. The Plan of Operation for the whole period is shown in ANNEX II. The Annual Plan of Operation is to be drafted by the Guatemalan counterparts and the Japanese expert and is to be submitted to the Joint Coordinating Committee. The activities are subject to change within the scope of the Record of Discussions, if the necessity arises during the course of the Project implementation.

### III. STRUCTURE OF PROJECT IMPLEMENTATION

The organizational chart of the Project is given in ANNEX III.

ANNEX I PROJECT DESIGN MATRIX (PDM)

ANNEX II PLAN OF OPERATION (PO)

ANNEX III ORGANIZATIONAL CHART OF THE PROJECT



**Project Design Matrix (PDM)**

Ver.1 12<sup>th</sup> December 2008 **ANNEX 1**

**Project Title:** Project for the Control of Chagas Disease (Establishment of Sustainable Surveillance System)

**Duration of Project:** 3 years (May 2009 to April 2012)

**Target Area:** (Group A: High risk/High disease burden) Chiquimula, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa

(Group B: High risk/Low disease burden) Baja Verapaz, El Progreso, Zacapa

(Group C: Low risk/Low disease burden) Alta Verapaz, El Quiché, Huehuetenango

\* The above groups are categorized in accordance with the levels of risk (domestic infestation rate) and burden (sero-prevalence) of Chagas disease. Quantities of resources available for direct intervention to health centre level will be adjusted based on the categorization.

**Target Group:** [Direct beneficiaries] The MSPAS and 10 health departments; [Indirect beneficiaries] health centers, health posts, health volunteers, and residents.

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
<p><b>Overall Goal</b></p> <p>Vectorial transmission of Chagas disease is interrupted in Guatemala.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>By the Target Year of IPCA (2013),</i></li> <li>1. Sero-prevalence among children 1-7 years of age (= 0%)</li> <li>2. Domestic infestation rate of T.d (&lt;5%)</li> <li>3. The number of communities infested by R.p (0)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reports of the National Strategic Plan for Chagas Control (2008-2013)</li> <li>2. Report of the National Strategic Plan for Chagas Control (2008-2013)</li> <li>3. Report of the National Strategic Plan for Chagas Control (2008-2013)</li> </ol>	<p>To achieve the IPCA target, the MSPAS makes continuous political commitment to interruption of Chagas disease.</p>
<p><b>Project Purpose</b></p> <p>A community-based participatory surveillance system for Chagas disease (1) is strengthened in the target health departments.</p>	<p><i>By the end of the Project,</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surveillance system coverage increases (XX%)</li> <li>2. Scores of M&amp;S checklist exceeds minimum requirement in all the target health departments (XX)</li> <li>3. In passive surveillance, the number of new suspected cases among all age groups is reported on a monthly basis</li> <li>4. In passive surveillance, the numbers of captured R.p. and T.d, samples are reported on a monthly basis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Project reports</li> <li>2. Project reports, Analyses of checklist scores</li> <li>3. Entomological and epidemiological database of the MSPAS</li> <li>4. Entomological and epidemiological database of the MSPAS</li> </ol>	<p>Chagas disease control continues to be a priority for the MSPAS.</p> <p>Quality of sero-positivity blood test is not compromised or declined.</p> <p>Quality of diagnosis and treatment of Chagas disease improves by the MSPAS initiative.</p>

<p><b>Outputs</b></p> <p>1. The national guidelines for the surveillance system are developed.</p> <p>2. The central MSPAS and health departments are equipped with adequate capacities of strategic operational planning of the surveillance system.</p> <p>3. The MSPAS at the all levels is equipped with adequate capacities of operation, monitoring and supervision of the surveillance system.</p>	<p>1-1. The national guidelines are available.</p> <p>1-2. Draft options of the surveillance system are available</p> <p>1-3. The checklist for assessing and monitoring the functionality of the surveillance system is developed</p> <p>1-4. The information system for the surveillance system is designed</p> <p>1-5. Advocacy and training materials are developed</p> <p>2-1. Annual plans for strengthening the surveillance system are prepared</p> <p>3-1. Level of understandings of the MSPAS stakeholders of all the target health departments exceeds minimum requirement (XX)</p> <p>3-2. Knowledge, attitude and practice (KAP) of the residents under the surveillance system improves</p> <p>3-3. A Chagas disease control team is organized and assigned with clear TORs in each health department</p> <p>3-4. Trainings necessary for fulfilling requirement of TORs are conducted</p> <p>3-5. At least one technical supervisory visit by the central MSPAS is undertaken per year</p> <p>3-6. Monthly reports for the surveillance system are submitted to the MSPAS</p>	<p>1-1. Developed national guidelines</p> <p>1-2. Project Reports</p> <p>1-3. Developed checklist</p> <p>1-4. Designed information system</p> <p>1-5. Developed advocacy and training materials</p> <p>2-1. Annual plans, Project reports</p> <p>3-1. Questionnaire and interview survey with the stakeholders</p> <p>3-2. Comparison of results of KAP surveys on Chagas disease</p> <p>3-3. TORs of Chagas disease control teams</p> <p>3-4. Training completion reports</p> <p>3-5. Project reports</p> <p>3-6. Monthly reports, Entomological and Epidemiological database of the MSPAS</p>	<p>Serious disasters and outbreak of other infectious diseases do not diminish resources for Chagas disease control.</p>
---	---	---	--

28

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

<u>Activities</u>	<u>Input by Guatemala</u>	<u>Input by Japan</u>	
<p>0-1 Conduct baseline surveys to obtain data necessary for detailed design, monitoring and evaluation of the Project (2).</p> <p>0-2 Based on the results of 0-1, set up undecided indicators in the PDM.</p> <p><i>(Guidelines)</i></p> <p>1-1 Review the existing protocol for surveillance system.</p> <p>1-2 Review existing surveillance practices in the health departments, and assess their appropriateness and functionality.</p> <p>1-3 Identify draft options (3) of the surveillance system in collaboration with each health department.</p> <p>1-4 Design an information system composed of reporting channels, reporting formats, response selection criteria, and database etc.</p> <p>1-5 Develop a simple monitoring and supervision (M&amp;S) checklist (4) for the surveillance system.</p> <p>1-6 Compile the above 1-3, 1-4, and 1-5 into the national guidelines.</p> <p>1-7 Develop advocacy and training materials based on experiences and knowledge of each health department.</p> <p>1-8 Hold dissemination seminars on the protocol, guidelines and advocacy/training materials.</p> <p><i>(Strategic Operational Planning)</i></p> <p>2-1 Train staff of the health departments on strategic operational planning for strengthening the surveillance system.</p> <p>2-2 Classify communities in accordance with the levels of risk (domestic infestation rate) and burden (sero-prevalence) of Chagas disease.</p> <p>2-3 Classify communities in accordance with Chagas disease control phase (attack or maintenance).</p> <p>2-4 Develop motivation and incentive mechanisms for sustaining community participation (e.g. health centers and posts, health volunteers), to ensure sustainability of the surveillance system.</p> <p>2-5 Select and apply an appropriate surveillance system option to each community where the attack phase is completed.</p> <p>2-6 Prepare an annual operation plan for the surveillance system.</p> <p><i>(Operation, Monitoring and Supervision)</i></p> <p>3-1 Organize a Chagas disease control team composed of Director of health department, epidemiologists, ETV, health educators, and etc. in each health department.</p>	<p><b>&lt;Human resources &gt;</b></p> <p><i>Counterpart Personnel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sub-program Coordinator of Prevention and Control of Chagas Diseases</li> <li>• Responsible of Medical Entomology -ENTOMED-</li> <li>• Epidemiologist responsible of the Surveillance of Vector Transmitted Diseases.</li> <li>• Directors of 10 Endemic Health Departments</li> </ul> <p><b>Other Personnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epidemiologist, Coordinator and Team of ETV, Coordinators of ISA (inspector of environmental health) and TSR (rural health technician), Health Department Statistician, Nurses, Health Education Officials, Technical Unit of Reproductive Health, Technical Unit of Extension Coverage of Health Departments.</li> <li>• Doctors and Nurses of Health Centers and Health Posts</li> <li>• Health Volunteers and Spraying Personnel</li> </ul> <p><b>&lt;Equipment and Materials &gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Provided equipment in the last project (vehicles, sprayers and spare parts etc.)</li> <li>• Motorcycles</li> <li>• Insecticides</li> <li>• Sprayers</li> <li>• Serological test kits</li> </ul> <p><b>&lt;Facilities &gt;</b></p> <p>Project Office and parking space</p>	<p><b>&lt;Human resources &gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Long-term Experts: (i) Chief Advisor; (ii) Coordinator/Community Participation</li> <li>• Short-term Experts: e.g. (i) Entomology; (ii) Epidemiology; (iii) Health Information System; (iv) Health Education.</li> </ul> <p><b>&lt;Equipment and Materials &gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vehicle(s)</li> <li>• Motorcycles</li> <li>• Computers</li> <li>• Projectors</li> <li>• Digital cameras</li> <li>• Serological test kits</li> </ul> <p><b>&lt;Necessary Costs &gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cost of printing of the didactic materials</li> <li>• Cost of seminars and training</li> <li>• Cost of salaries for drivers and assistants</li> </ul>	<p>Staffs of the MSPAS who are trained by the Project are working continuously for the surveillance system in the area.</p> <p>Contracted NGOs under the Coverage Extension Program participate to activities for strengthening surveillance system in risk areas of Chagas disease.</p>

<p>3-2 Define roles and responsibilities of the team members (TORs).</p> <p>3-3 Conduct trainings (including TOT and field visit) for the Chagas disease control teams on their TORs.</p> <p>3-4 Train staff of health centers, health posts and health volunteers on the surveillance system.</p> <p>3-5 Conduct advocacy activities for the contracted NGOs under the Coverage Extension Program.</p> <p>3-6 Health centers and posts immediately: (i) report the presence of R.p. to ETV for spraying; and (ii) refer and counter-refer suspected cases with hospital on a routine basis (passive surveillance).</p> <p>3-7 Health departments conduct entomological and epidemiological surveys (active surveillance).</p> <p>3-8 According to the information system defined in 1-4, each health department submits monthly reports of the surveillance system to the central MSPAS.</p> <p>3-9 Undertake monitoring and supervision (M&amp;S) for the surveillance system using the checklist defined in 1-5.</p> <p>3-10 Analyze and use the surveillance data for evidence-based decision making, and shares the result with the health departments.</p> <p>3-11 Publish and present an annual implementation report for the surveillance system.</p> <p>3-12 Hold an annual national seminar inviting all the stakeholders.</p>	<p>&lt; Necessary Costs &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenance, insurance and fuel costs for vehicles and motorcycles</li> <li>• Operation cost for the Project office (e.g. electricity, water, communication)</li> <li>• Duty travel expenses for the MSPAS staff</li> </ul>	<p><u>Pre-conditions</u></p> <p>The communities in target health departments are not against the Project.</p> <p>Concerned parties cooperate with the Project.</p>
--	---	--

**Notes:**

- (1) A sustainable system for Chagas disease control which is composed of surveillance and responses and operated in an integrated or coordinated manner between both entomological and epidemiological information channels. The surveillance system should be customized in accordance with: (i) risk of Chagas disease; (ii) burden of Chagas disease; (iii) socio-economic, socio-cultural and socio-demographic characteristics of each target community. Note that the Project does not address epidemiological responses.
- (2) In principle, baseline data of each health department are collected through secondary data review. They include: (i) the number of communities infested by R.p.; (ii) domestic infestation rate of T.d; (iii) sero-prevalence among children 7-14 years of age; (iv) socio-economic, socio-cultural and socio-demographic information; (v) KAP information; and (vi) other indicators in the PDM. When those data are not available, entomological, epidemiological, and/or KAP survey(s) will be conducted.
- (3) A package of simple model options of the surveillance system adjusted to local characteristics and available resources.
- (4) A checklist designed for assessing the functionality of the surveillance system, e.g. by measuring: (i) timeliness of monthly report submission; (ii) accuracy of monthly report data; (iii) completeness of monthly report data; and (iv) level of community participation.

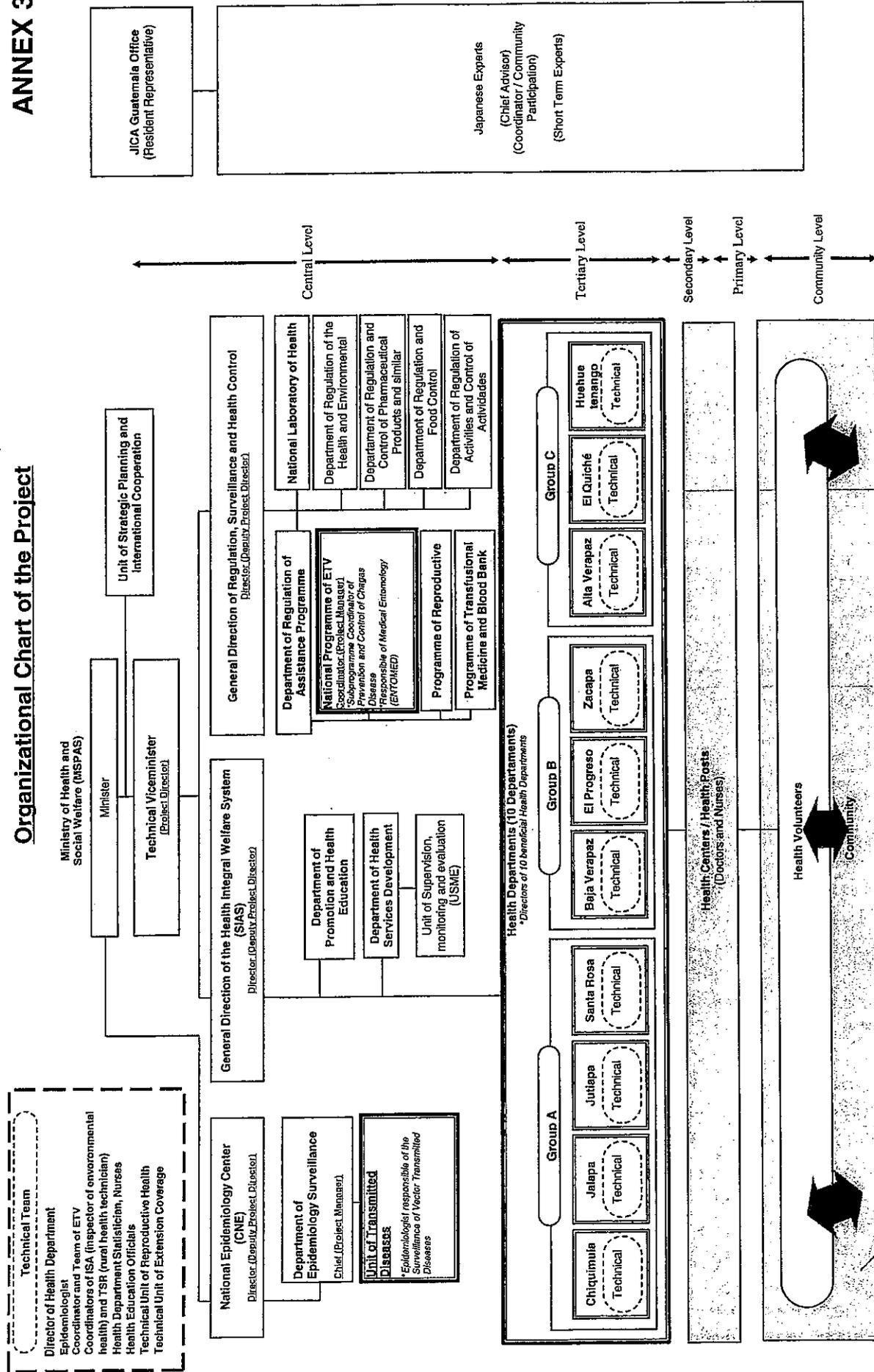
Plan of Operation

ANNEX 2

English Plan of Events	Responsible	2010												2011												2012											
		FY2010				FY2011				FY2012				FY2010				FY2011				FY2012				FY2010				FY2011				FY2012			
		Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
1. CHIGAS Mission																																					
2. Coordinator Community Participation																																					
3. Epidemiology																																					
4. Health Information System																																					
5. Health Education																																					
6. Health Education																																					
1. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
2. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
3. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
4. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
5. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
6. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
7. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
8. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
9. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
10. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
11. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
12. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
13. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
14. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
15. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
16. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
17. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
18. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
19. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
20. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
21. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
22. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
23. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
24. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
25. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
26. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
27. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
28. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
29. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
30. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
31. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
32. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
33. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
34. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
35. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
36. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
37. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
38. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
39. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
40. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
41. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				
42. Sub-program coordinator, Responsible ENTOMED, Responsible CNE	X X																																				

# Organizational Chart of the Project

# ANNEX 3



**Technical Team**  
 Director of Health Department  
 Epidemiologist  
 Coordinator and Team of ETV  
 Coordinators of ISA (Inspector of environmental health) and TSR (rural health technician)  
 Health Department Statistician, Nurses  
 Health Education Officials  
 Technical Unit of Reproductive Health  
 Technical Unit of Extension Coverage

JICA Guatemala Office (Resident Representative)

Japanese Experts  
 (Chief Advisor)  
 (Coordinator / Community Participation)  
 (Short Term Experts)

Central Level

Tertiary Level

Secondary Level

Primary Level

Community Level

Notes: \*XXXX = Counterparts of Japanese Experts

□ = Members of Joint Coordination Committee (JCC)

*[Handwritten signatures]*

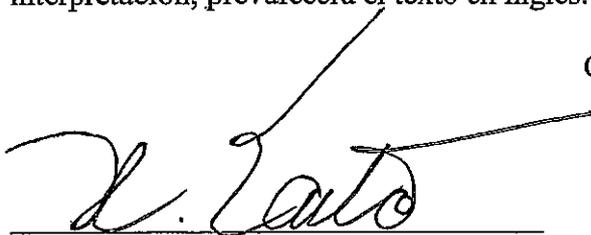
**REGISTRO DE DISCUSIONES  
ENTRE  
LA AGENCIA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DEL JAPÓN  
Y  
LAS AUTORIDADES DEL GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA  
SOBRE  
LA COOPERACIÓN TÉCNICA DEL JAPÓN  
PARA  
EL PROYECTO DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS  
(ESTABLECIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA SOSTENIBLE)**

La Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante denominada como "JICA"), ha tenido una serie de discusiones e intercambio de puntos de vista con las autoridades del Gobierno de la República de Guatemala con el propósito de trabajar en los detalles del programa de cooperación técnica, relacionado con el Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas (Establecimiento del Sistema de Vigilancia Sostenible).

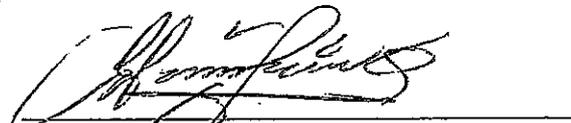
Como resultado de las discusiones, y de conformidad con las disposiciones del Acuerdo de Cooperación Técnica suscrito entre el gobierno de Japón y el gobierno de la República de Guatemala, firmado en Tokio, el día 28 de marzo de 1977 (en adelante denominado como "el Acuerdo"), JICA y la Parte Guatemalteca acordaron sobre los asuntos referidos en el documento anexo.

Este Registro de Discusiones ha sido preparado en los idiomas español e inglés. Cada documento es igualmente auténtico. En caso de surgir cualquier divergencia en su interpretación, prevalecerá el texto en inglés.

Ciudad de Guatemala, 12 de diciembre de 2008

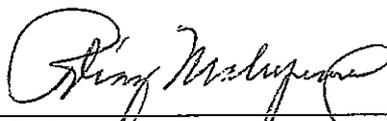


Sr. Hiroshi Saito  
Representante Residente  
Agencia de Cooperación Internacional  
del Japón  
Oficina en Guatemala  
Japón



Dr. Víctor-Israel Guerra Velásquez  
Viceministro Técnico  
Ministerio de Salud Pública y  
Asistencia Social  
República de Guatemala

Testigo de honor:



Lic. Rafael Diaz Makepeace  
Director de Gestión de la Cooperación Internacional  
Secretaría de Planificación y Programación  
República de Guatemala

## Documento Adjunto

### I. COOPERACIÓN ENTRE JICA Y EL GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA

1. El Gobierno de la República de Guatemala implementará el Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas (Establecimiento del Sistema de Vigilancia Sostenible) (en adelante denominado como "el Proyecto") en cooperación con JICA.
2. El Proyecto será implementado de acuerdo con el Plan Maestro que se muestra en el Anexo I.

### II. MEDIDAS A SER TOMADAS POR JICA

De acuerdo con las leyes y regulaciones vigentes en Japón, JICA, como la agencia ejecutora de la cooperación técnica por el Gobierno de Japón, tomará por su propia cuenta, las siguientes medidas según los procedimientos normales dentro del Esquema de Cooperación Técnica del Japón.

#### 1. ENVÍO DE EXPERTOS JAPONESES

JICA proveerá los servicios de los expertos japoneses como se muestran en el Anexo II. La provisión del Artículo V del Acuerdo será aplicado para los expertos antes mencionados.

#### 2. PROVISION DE MAQUINARIA Y EQUIPO

JICA proveerá los equipos y otros materiales (en adelante denominados como el "Equipo") necesarios para la implementación del Proyecto como se muestra en el Anexo III. La provisión del Artículo IX del Acuerdo será aplicada al equipo.

### III. MEDIDAS A SER TOMADAS POR EL GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA

1. El Gobierno de la República de Guatemala tomará las medidas necesarias para asegurar la sostenibilidad del Proyecto, durante y después del período de la Cooperación Técnica del Japón, por medio del completo involucramiento de todas las autoridades, grupos de beneficiarios e instituciones relacionadas con el Proyecto.

2. El Gobierno de la República de Guatemala asegurará que la tecnología y los conocimientos adquiridos por los guatemaltecos como resultado de la Cooperación Técnica del Japón contribuya al desarrollo económico y social de Guatemala.
3. De acuerdo a lo previsto en el Artículo V y VI del Acuerdo, el Gobierno de la República de Guatemala concederá a los expertos japoneses y a sus familiares privilegios, exenciones y beneficios referidos en II-1.
4. De acuerdo a lo previsto en el Artículo IX del Acuerdo, el Gobierno de la República de Guatemala tomará las medidas necesarias para recibir y utilizar los Equipos, maquinaria y materiales arriba mencionados a ser suministrados por JICA bajo II-2, así como equipos, maquinaria y materiales suministrados por los expertos japoneses referidos anteriormente en II-1.
5. De acuerdo a lo previsto por el Artículo V-1(b) del Acuerdo, el Gobierno de la República de Guatemala proveerá servicios de contrapartes guatemaltecos de personal técnico y administrativo mostrados en el Anexo IV.
6. De acuerdo a lo previsto en el Artículo V-1(a) del Acuerdo, el Gobierno de la República de Guatemala proveerá los edificios e instalaciones indicados en el Anexo V.
7. De acuerdo con las leyes y regulaciones vigentes en Guatemala, el Gobierno de la República de Guatemala tomará las medidas necesarias para suministrar o reemplazar bajo su propio costo, maquinaria, equipos, instrumentos, vehículos, herramientas, repuestos y otros materiales para la implementación del Proyecto, además de los equipos provistos por JICA de acuerdo al II-2.
8. De acuerdo con las leyes y regulaciones vigentes en Guatemala, el Gobierno de la República de Guatemala tomará las medidas necesarias para cubrir los gastos de operación para la implementación del Proyecto.

#### IV. ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

1. El Viceministro Técnico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (en adelante denominados como "MSPAS"), como Director del Proyecto, llevará la responsabilidad total de la administración e implementación del Proyecto.
2. El Director de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, el Director General del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) y el Director del Centro Nacional de Epidemiología (CNE), como los Subdirectores del Proyecto, apoyarán al Director

del Proyecto en la administración e implementación del mismo.

3. El Coordinador Nacional del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores y la Jefatura del Departamento de Vigilancia Epidemiológica (CNE), como Gerente del Proyecto, se responsabilizará de los asuntos administrativos del Proyecto.
4. El experto japonés (Asesor líder), proporcionará las recomendaciones necesarias y aconsejará al Director, Subdirectores y Gerente del Proyecto sobre cualquier asunto pertinente a la implementación del mismo.
5. Los expertos japoneses proporcionarán guía técnica y el asesoramiento necesario al personal contraparte Guatemalteco sobre los asuntos técnicos relacionados con la implementación del Proyecto.
6. Para una efectiva y exitosa implementación de la cooperación técnica del Proyecto, se establecerá un Comité Coordinador Conjunto, cuyas funciones y composición están descritas en el Anexo VI.

## V. EVALUACIÓN CONJUNTA

La evaluación del Proyecto será conducida conjuntamente por JICA y las autoridades Guatemaltecas respectivas, a medio término y durante los últimos seis meses, antes de finalizar la cooperación a fin de examinar el nivel de su logro.

## VI. RECLAMOS CONTRA LOS EXPERTOS JAPONESES

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo VII del Acuerdo, el Gobierno de la República de Guatemala asumirá los reclamos, si se presentase alguno, contra los expertos japoneses involucrados en la cooperación técnica del Proyecto, resultantes del desempeño de sus funciones o en relación con las mismas, exceptuando aquellas que pudieran derivarse de mala conducta intencionada o grave negligencia por parte de los expertos japoneses.

## VII. CONSULTAS MUTUAS

JICA y el Gobierno de la República de Guatemala consultarán mutuamente con respecto a los temas importantes que se presenten, o con relación al Documento Adjunto.



## VIII. MEDIDAS PARA PROMOVER EL ENTENDIMIENTO Y APOYO AL PROYECTO

Con el objetivo de promover el entendimiento y apoyo al Proyecto, el Gobierno de la República de Guatemala tomará las medidas apropiadas para hacer que el proyecto sea ampliamente conocido por la población.

## IX. PERIODO DE LA COOPERACIÓN

La duración de la cooperación técnica para el Proyecto bajo este Documento Adjunto, será de 3 (tres) años a partir del 1 de mayo de 2009. El experto Japonés (Coordinador/ Participación Comunitaria) será enviado previamente al inicio del proyecto para su preparación.

- ANEXO I      PLAN MAESTRO
- ANEXO II      LISTA DE EXPERTOS JAPONESES
- ANEXO III     LISTA DE MAQUINARIA Y EQUIPO
- ANEXO IV     LISTA DE LOS CONTRAPARTES GUATEMALTECOS Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO
- ANEXO V      LISTADO DE EDIFICIOS E INSTALACIONES
- ANEXO VI     COMITÉ COORDINADOR CONJUNTO



## ANEXO I PLAN MAESTRO

### 1. OBJETIVO SUPERIOR

La transmisión Vectorial de la Enfermedad de Chagas es interrumpida en Guatemala.

### 2. OBJETIVO DEL PROYECTO

El Sistema de Vigilancia de la Enfermedad de Chagas con Participación Comunitaria<sup>1</sup> es fortalecido en Áreas de Salud de los departamentos beneficiarios.

### 3. RESULTADOS ESPERADOS

- (1) Las Guías Nacionales para el Sistema de Vigilancia han sido desarrolladas.
- (2) El MSPAS a nivel central y las Áreas de Salud Departamental se dispone de capacidades adecuadas para la Planificación Estratégica operativa del Sistema de Vigilancia.
- (3) En todos los niveles del MSPAS se dispone de capacidades adecuadas para operación, monitoreo y supervisión del Sistema de Vigilancia.

### 4. ACTIVIDADES DEL PROYECTO

- (0)-1 Conducir estudios base de línea para obtener información y datos necesarios para el diseño detallado, el monitoreo y evaluación del Proyecto<sup>2</sup>.
- (0)-2 Con base en los resultados de (0)-1, establecer los indicadores de PDM que aún no se han definido.
- (1)-1 Revisión del protocolo existente para el Sistema de Vigilancia.
- (1)-2 Revisión de las prácticas de vigilancia existentes en las Áreas de Salud de los departamentos y evaluar si son apropiados y funcionales como Sistema de Vigilancia.
- (1)-3 Identificar opciones de propuesta<sup>3</sup> del Sistema de Vigilancia en colaboración con cada Área de Salud.
- (1)-4 Diseñar un sistema de información que esté compuesto de canales de

<sup>1</sup> Un Sistema Sostenible para el control de la Enfermedad de Chagas consiste en vigilancia y respuesta, así mismo coordinación operativa e integral entomológica y epidemiológica a través de los canales de información. El sistema de vigilancia debe ajustarse a: (i) riesgo de enfermedad de Chagas; (ii) Carga de Enfermedad de Chagas; y (iii) Características socio económicas, culturales y demográficas de cada comunidad objetivo. Nótese que el proyecto no contempla respuesta epidemiológica.

<sup>2</sup> En principio la línea basal de cada área de salud departamental son recolectadas a través de revisión de datos secundarios. Estos incluyen: (i) El número de comunidades infestadas por Rp; (ii) Índice de Infestación domiciliar; (iii) seroprevalencia en escolares de 7-14 años de edad; (iv) información socioeconómica, sociocultural y socio demográfica; (v) información del CAP; y (vi) otros indicadores en el PDM. Cuando estos datos no estén disponibles, encuestas entomológicas, epidemiológicas y/o CAP serán realizadas.

<sup>3</sup> Un paquete de opciones simples de un modelo de sistema de vigilancia ajustada para las características locales y recursos disponibles.



información, formatos de reporte, selección de criterio de respuestas, base de datos, etc.

- (1)-5 Desarrollar herramientas simples de monitoreo y supervisión como hojas de chequeo<sup>4</sup> para el Sistema de Vigilancia.
- (1)-6 Compilar lo mencionado en (1)-3, (1)-4, y (1)-5 dentro de la Guía Nacional.
- (1)-7 Desarrollar materiales de promoción y capacitación basados en experiencias y conocimientos de cada una de las Áreas de Salud beneficiarias.
- (1)-8 Realizar seminarios de difusión sobre el protocolo, guías y materiales de promoción y capacitación.
- (2)-1 Capacitar a funcionarios de Áreas de Salud sobre la planificación estratégica operativa para fortalecer el Sistema de Vigilancia.
- (2)-2 Clasificar las comunidades de acuerdo al nivel de riesgos (índice de infestación domiciliar) y carga (seroprevalencia) de la Enfermedad de Chagas.
- (2)-3 Clasificar las comunidades de acuerdo a la Fase de Control de la Enfermedad de Chagas (de Ataque o de Mantenimiento).
- (2)-4 Desarrollar mecanismos de motivación e incentivos para la participación comunitaria sostenible (centros y puestos de salud, voluntarios de salud, etc.) y asegurar la sostenibilidad del Sistema de Vigilancia.
- (2)-5 Seleccionar y aplicar una opción apropiada del sistema de vigilancia a cada comunidad en donde la Fase de Ataque se ha completado.
- (2)-6 Preparar un plan de operaciones anual para el sistema de vigilancia.
- (3)-1 Organizar los Equipos de Control de la Enfermedad de Chagas compuestos por Director, epidemiólogo, ETV, funcionarios de educación en salud, etc. en cada Área de Salud de los departamentos beneficiarios.
- (3)-2 Establecer roles y responsabilidades de los miembros del Equipo (TORs).
- (3)-3 Realizar capacitaciones (incluyendo Capacitación de Capacitadores y visitas al campo) para Equipos de Control de la Enfermedad de Chagas de acuerdo a TORs.
- (3)-4 Capacitar al personal de centros y puestos de salud y voluntarios sobre el sistema de vigilancia.
- (3)-5 Realizar actividades de promoción como talleres para el Control de la Enfermedad de Chagas para ONGs contratadas por el Programa de la Extensión de Cobertura.
- (3)-6 Los centros y puestos de salud realizan de inmediato: (i) Informar a ETV la presencia de R.p para el rociado; y (ii) referir y contra referir casos sospechosos a hospitales sobre la base de rutina (vigilancia pasiva).
- (3)-7 Las Áreas de Salud realizan estudios entomológicos y epidemiológicos (vigilancia activa).
- (3)-8 De acuerdo al sistema de información mencionado en (1)-4, cada Área de Salud envía reportes mensuales del sistema de vigilancia al nivel central de MSPAS.

---

<sup>4</sup> La hoja de encuesta diseñada para evaluar la funcionalidad del sistema de vigilancia, e.g. por medición: (i) envío de reporte mensual en línea de tiempo; (ii) evaluación de los datos reportados mensualmente; (iii) reportes de datos mensuales completos; y (iv) nivel de participación comunitaria.



- (3)-9 Llevar a cabo monitoreo y supervisión (M&S) para el sistema de vigilancia utilizando la hoja de chequeo mencionado en (1)-5.
- (3)-10 Analizar y utilizar los datos de vigilancia para toma de decisiones basada en evidencias y compartir los resultados entre las Áreas de Salud.
- (3)-11 Publicar y presentar reportes anuales de implementación para el sistema de vigilancia.
- (3)-12 Realizar un seminario anual nacional invitando a todos los actores involucrados.

*MS*      *Rim*      *G*

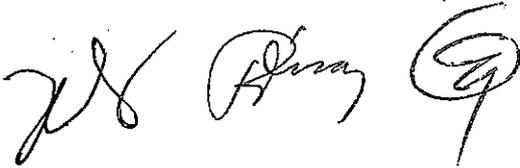
## ANEXO II LISTA DE EXPERTOS JAPONESES

### 1. Expertos de largo plazo

- (1) Asesor líder
- (2) Coordinador/ Participación comunitaria

### 2. Expertos de corto plazo

- (1) Entomología
- (2) Epidemiología
- (3) Sistema de Información en Salud
- (4) Educación en Salud.
- (5) Expertos en otras áreas acordados mutuamente según la necesidad

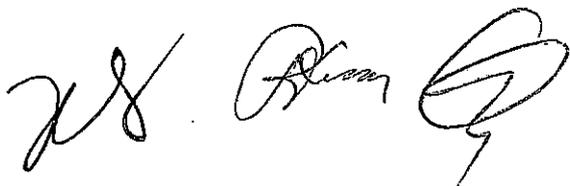


### ANEXO III LISTA DE MAQUINARIA Y EQUIPO

1. Vehículo(s) para la implementación y monitoreo de las actividades
2. Motocicletas para la implementación y monitoreo de las actividades
3. Computadoras para realizar reportes de las actividades.
4. Proyectoras para realizar capacitaciones y talleres.
5. Cámaras digitales para registrar las actividades
6. Kits de Serología para realizar la encuesta serológica de la vigilancia active.
7. Otros equipos acordados mutuamente según la necesidad

#### Notes:

1. El equipo mencionado arriba se limita al equipo necesario para la transferencia de tecnología por los expertos japoneses y para la implementación de las actividades del Proyecto.
2. Los contenidos, especificaciones y cantidad de los equipos mencionados arriba, serán suministrados cada año. En principio será discutido cada año entre los expertos japoneses y los contrapartes guatemaltecos sobre la base del Plan Anual del Proyecto, dentro del presupuesto del año fiscal japonés.



## ANNEX IV LISTA DE LOS CONTRAPARTES GUATEMALTECOS Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO

### 1. Director del Proyecto

Viceministro Técnico del MSPAS

### 2. Subdirectores del Proyecto

Director de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud  
Director General del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS)  
Director del Centro Nacional de Epidemiología (CNE)

### 3. Gerente del Proyecto

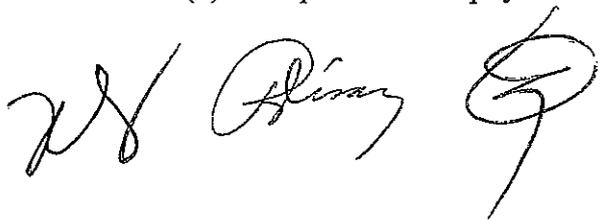
Coordinador Nacional del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores  
Jefatura Departamento de Vigilancia Epidemiológica (CNE)

### 4. Personal de contraparte para el Proyecto

Coordinador Subprograma de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas  
Responsable Entomología Médica (ENTOMED)  
Epidemiólogo responsable de la Vigilancia de las enfermedades transmitidas por Vectores (CNE)  
Directores de las 10 Áreas de Salud Endémicas

### 5. Personal administrativo

- (1) Secretaria
- (2) Pilotos
- (3) Otro personal de apoyo



## ANEXO V LISTADO DE EDIFICIOS E INSTALACIONES

1. Oficina de Proyecto, parqueo para vehículo(s) y otras facilidades necesarias para los expertos japoneses y para el personal guatemalteco para la implementación del Proyecto.
2. Facilidades y servicios como electricidad, provisión de agua, teléfono, mobiliario, necesario para las actividades del Proyecto.
3. Otras facilidades acordadas mutuamente si fuesen necesarias.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'W. Pérez G.', written in a cursive style.

## ANEXO VI COMITÉ COORDINADOR CONJUNTO

### 1. Funciones

El Comité Coordinador Conjunto (CCC) se reunirá una vez al año, o en cualquier momento que se estime conveniente para:

- (1) avalar el plan anual de trabajo del Proyecto;
- (2) dar seguimiento al avance del plan anual de trabajo;
- (3) intercambiar puntos de vista sobre asuntos importantes que se presenten durante la implementación del Proyecto; y
- (4) dictar cualquier otro tema para una buena implementación del Proyecto.

### 2. Conformación

- (1) Presidente  
Viceministro Técnico del MSPAS
- (2) Miembros Guatemaltecos  
Unidad de Planificación Estratégica y Cooperación Internacional

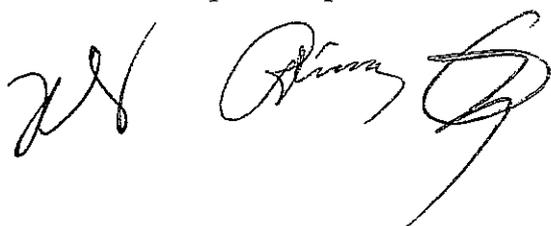
Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud  
Departamento Regulación de Programas de Asistencia personas  
Programa Nacional ETV  
Programa Salud Reproductiva Médica  
Programa de Medicina transfusional y Bancos  
Laboratorio Nacional de Salud

Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS)  
Departamento de Promoción y Educación en Salud (PROEDUSA)  
Departamento Desarrollo de Servicios de Salud

Centro Nacional de Epidemiología (CNE)  
Departamento Vigilancia Epidemiológica  
Unidad de Enfermedades Transmisibles

Las 10 Áreas de Salud beneficiarias del proyecto.

- (3) Miembros Japoneses  
Oficina de JICA en Guatemala  
Expertos Japoneses



(4) Observadores

Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN)

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud  
(OPS/OMS)

Laboratorio de Entomología Aplicada (LENAP), Universidad de San Carlos de  
Guatemala (USAC)

Universidad del Valle de Guatemala

Embajada del Japón

Otras organizaciones invitadas por el Presidente del CCC

28 *Alfonso G*

**MINUTA DE REUNIONES  
ENTRE  
LA AGENCIA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DEL JAPÓN  
Y  
LAS AUTORIDADES DEL GOBIERNO DE  
LA REPUBLICA DE GUATEMALA  
SOBRE  
LA COOPERACIÓN TÉCNICA DEL JAPÓN  
PARA  
EL PROYECTO DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS  
(ESTABLECIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA SOSTENIBLE)**

El Representante Residente de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante denominada como "JICA") Oficina de Guatemala, ha tenido una serie de discusiones con las autoridades guatemaltecas relacionadas con la elaboración del Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas (Establecimiento del Sistema de Vigilancia Sostenible) (en adelante denominado como "el Proyecto").

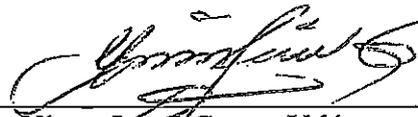
Como resultado de las discusiones, el Representante Residente de JICA en Guatemala y el Viceministro Técnico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, acordaron sobre los asuntos referidos en el documento anexo. Esta Minuta es considerada como un documento suplementario al Registro de Discusiones (en adelante denominado como "R/D"), el cual es firmado al mismo tiempo.

Esta Minuta ha sido preparada en inglés y español. Cada documento es igualmente auténtico. En el caso de surgir cualquier divergencia en su interpretación, prevalecerá el texto en inglés.

Ciudad de Guatemala, 12 de diciembre de 2008



Sr. Hiroshi Saito  
Representante Residente en Guatemala  
Agencia de Cooperación Internacional  
del Japón  
Japón



Dr. Víctor Israel Guerra Velásquez  
Viceministro Técnico  
Ministerio de Salud Pública y  
Asistencia Social  
República de Guatemala

Testigo de honor:



Lic. Rafael Díaz Makepeace  
Director de Gestión de la Cooperación Internacional  
Secretaría de Planificación y Programación  
República de Guatemala

## DOCUMENTO ADJUNTO

### I. MATRIZ DE DISEÑO DEL PROYECTO

La Matriz de Diseño del Proyecto (en adelante denominada como "PDM") se utiliza comúnmente en la cooperación técnica japonesa a fin de administrar e implementar eficiente y eficazmente los proyectos. Se utilizará también como una referencia para el monitoreo y evaluación del Proyecto. Como resultado de las discusiones sostenidas, ambas partes acordaron aplicar la PDM como se muestra en el ANEXO I al Proyecto con el siguiente entendimiento:

1. La PDM es una matriz lógicamente diseñada que define el entendimiento inicial del marco de la cooperación técnica para el Proyecto e indica los pasos lógicos hacia el logro del objetivo del Proyecto.
2. La PDM ha de ser flexiblemente revisada según el progreso y logros del Proyecto, en acuerdo con el Comité Coordinador Conjunto.

### II. PLAN DE OPERACIÓN

El Plan de Operación ha sido tentativamente formulado de acuerdo al Registro de Discusiones. El Plan de Operación para el período completo se muestra en el ANEXO II. El Plan de Operación Anual será trazado por la contraparte guatemalteca y los expertos Japoneses y luego presentado al Comité Coordinador Conjunto. Las actividades están sujetas a cambios dentro del alcance del Registro de Discusiones, si se presentara la necesidad durante el curso de la implementación del Proyecto.

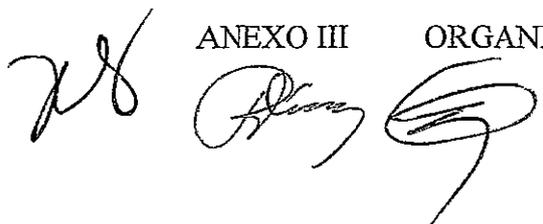
### III. ESTRUCTURA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

El organigrama del Proyecto se muestra en el ANEXO III.

ANEXO I      MATRIZ DE DISEÑO DEL PROYECTO (PDM)

ANEXO II      PLAN DE OPERACIÓN (PO)

ANEXO III      ORGANIGRAMA DEL PROYECTO



**Matriz de Diseño de Proyecto (PDM)**

Ver.1 12 de diciembre del 2008

**ANEXO 1**

**Título del Proyecto:** Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas (Establecimiento del Sistema de Vigilancia Sostenible)

**Duración del Proyecto:** 3 años (mayo del 2009 a abril del 2012)

**Departamentos beneficiarios:** (Grupo A: Alto riesgo/Alta carga) Chiquimula, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa

(Grupo B: Alto riesgo/Baja carga) Baja Verapaz, El progreso, Zacapa

(Grupo C: Bajo riesgo/Baja carga) Alta Verapaz, El Quiché, Huehuetenango

\*Los grupos son categorizados de acuerdo al grado de riesgo (índice de infestación) y carga (seroprevalencia). Según esta categorización se planearán los insumos para coordinar las intervenciones directas y monitoreo por el Proyecto, que pueda llegar hasta cierto número de centros y puestos de salud.

**Grupo beneficiario:** [Beneficiarios Directos] El MSPAS y los 10 Áreas de Salud [Beneficiarios Indirectos] Centros y Puestos de Salud, voluntarios de salud y comunidades

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS IMPORTANTES
<p><b>Objetivo Superior</b></p> <p>La transmisión Vectorial de la Enfermedad de Chagas es interrumpida en Guatemala.</p>	<p><i>Para el año objetivo de IPCA (2013),</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Seroprevalencia entre escolares de 1 a 7 años (<math>\approx</math> 0%)</li> <li>Infestación domiciliar de T.d (&lt; 5%)</li> <li>El número de comunidades infestadas por R.p (0)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Informe del Plan Estratégico Nacional 2008-2013 de la Enfermedad de Chagas</li> <li>Informe del Plan Estratégico Nacional 2008-2013 de la Enfermedad de Chagas</li> <li>Informe del Plan Estratégico Nacional 2008-2013 de la Enfermedad de Chagas</li> </ol>	<p>Para lograr la meta de IPCA, el MSPAS realiza continuamente los compromisos políticos para la interrupción de la Enfermedad de Chagas.</p>
<p><b>Objetivo del Proyecto</b></p> <p>El Sistema de Vigilancia de la Enfermedad de Chagas con Participación Comunitaria es fortalecido en Áreas de Salud de los departamentos beneficiarios.</p>	<p><i>Al final del proyecto,</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La cobertura del Sistema de Vigilancia (XX%)</li> <li>En todas las Áreas de Salud de los departamentos beneficiarios, los puntos de calificación por la hoja de chequeo de funcionalidad excede al requerimiento mínimo (XX)</li> <li>En Vigilancia Pasiva, el número de nuevos casos sospechosos en todas las edades son reportados mensualmente</li> <li>En Vigilancia Pasiva, el número de vectores capturados de R.p y T.d son reportados mensualmente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Informe del Proyecto</li> <li>Informe del proyecto, análisis de calificación de la hoja de chequeo funcional</li> <li>La base de datos entomológicos y epidemiológicos de MSPAS</li> <li>La base de datos entomológicos y epidemiológicos de MSPAS</li> </ol>	<p>El Control de la Enfermedad de Chagas continúa siendo una prioridad para MSPAS.</p> <p>La calidad de la prueba de sero-positividad en sangre no está comprometida (transigida) o declinada.</p> <p>La calidad de diagnosis y tratamiento de la Enfermedad de Chagas se mejora por iniciativa de MSPAS.</p>

**Resultados esperados**

<p>1. Las Guías Nacionales para el Sistema de Vigilancia han sido desarrolladas.</p>	<p>1-1. Las Guías Nacionales están disponibles 1-2. Las opciones (propuestas) para el Sistema de Vigilancia están disponibles 1-3. La hoja de chequeo para evaluar y monitorear la funcionalidad del Sistema de Vigilancia está desarrollada 1-4. El sistema de información está diseñado 1-5. Los materiales de promoción y capacitación están desarrollados</p>	<p>1-1. Guías Nacionales desarrolladas 1-2. Informe del proyecto 1-3. Hoja de chequeo desarrollada 1-4. Sistema de información diseñado 1-5. Formatos y bases de datos ordenados</p>	<p>Los graves desastres y el brote de otras enfermedades infecciosas no disminuyen los recursos para el control de la Enfermedad de Chagas.  Las ONGs contratadas para el Programa de la Extensión de Cobertura, participan para el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia en áreas de riesgo de la Enfermedad de Chagas.</p>
<p>2. El MSPAS a nivel central y las Áreas de Salud Departamental se dispone de capacidades adecuadas para la Planificación Estratégica operativa del Sistema de Vigilancia.</p> <p>3. En todos los niveles del MSPAS se dispone de capacidades adecuadas para operación, monitoreo y supervisión del Sistema de Vigilancia.</p>	<p>2-1. Los planes anuales para el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia están preparados  3-1. El nivel de entendimiento de los actores MSPAS en todas las Áreas de Salud beneficiarias, alcanzan los criterios mínimos (XX) 3-2. Conocimiento, actitud y práctica (CAP) de los comunitarios bajo el Sistema de Vigilancia, se mejora 3-3. Los equipos de control de la Enfermedad de Chagas están organizados con TOR (término de referencia) claros en cada Área de Salud 3-4. Capacitaciones necesarias para satisfacer TOR son realizadas 3-5. Al menos una visita al año de supervisión y asistencia técnica a áreas de Salud por el nivel Central de MSPAS. 3-6. Reportes mensuales de datos entomológicos y epidemiológicos son presentados al MSPAS</p>	<p>2-1. Planes anuales, informe del Proyecto  3-1. Estudio por encuestas y entrevistas con los actores 3-2. Comparación de resultados del estudio sobre CAP sobre la Enfermedad de Chagas 3-3. TOR de los miembros del equipo de control de la Enfermedad de Chagas 3-4. Reporte de capacitaciones 3-5. Informe del Proyecto 3-6. Reportes mensuales, base de datos entomológicos y epidemiológicos de MSPAS</p>	

28

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

<u>Actividades</u>	<u>Insumos por la Parte Guatemalteca</u>	<u>Insumos por la Parte Japonesa</u>	<u>Condición Previa</u>
<p>0-1 Conducir estudios base de línea para obtener información y datos necesarios para el diseño detallado, el monitoreo y evaluación del Proyecto (c).</p> <p>0-2 Con base en los resultados de 0-1, establecer los indicadores de PDM que no se han definido.</p>	<p><b>&lt;Recursos humanos &gt;</b>  <b>Personal Contraparte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinador Subprograma de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas</li> <li>Responsable Entomología Médica (ENTOMED)</li> <li>Epidemiólogo responsable de la Vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores (CNE)</li> <li>Directores de las 10 Áreas de Salud beneficiarias</li> </ul> <p><b>Otro Personal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Epidemiólogo, Coordinadores y equipos ETV, Coordinadores de ISA Y TSR, Estadígrafo de Área, Enfermeras, Encargados Educación en Salud, Unidad Técnica de Salud Reproductiva, Unidad Técnica de Extensión de Cobertura de las Áreas de Salud</li> <li>Médicos y enfermeras de los Centros y Puestos de Salud de MSPAS</li> <li>Voluntarios de Salud, personal para rociar insecticidas</li> </ul>	<p><b>&lt;Recursos humanos &gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2 Expertos de largo plazo:            (i) Asesor líder;            (ii) Coordinador/Participación comunitaria</li> <li>Expertos de corto plazo:            Por ejemplo (i) Entomología;            (ii) Epidemiología,            (iii) Sistema de Información en Salud, (iv) Educación en Salud.</li> </ul> <p><b>&lt;Equipos y materiales &gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vehículo(s)</li> <li>Motocicletas</li> <li>Computadores</li> <li>Proyectors</li> <li>Cámaras digitales</li> <li>Kits de prueba serológica</li> </ul> <p><b>&lt;Costos necesarios &gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Costo para impresión de materiales didácticos</li> <li>Costo de seminarios y capacitaciones</li> <li>Costo de salario de piloto y asistentes</li> </ul>	<p>Las comunidades de las Áreas de Salud beneficiarias no están en contra del Proyecto.</p> <p>Los actores involucrados cooperan con el Proyecto.</p>
<p>1-1 Revisión del protocolo existente para el Sistema de Vigilancia.</p> <p>1-2 Revisión de las prácticas de vigilancia existentes en las Áreas de Salud de los departamentos y evaluar si son apropiados y funcionales como Sistema de Vigilancia.</p> <p>1-3 Identificar opciones de propuesta (c) del Sistema de Vigilancia en colaboración con cada Área de Salud.</p> <p>1-4 Diseñar un sistema de información que esté compuesto de canales de información, formatos de reporte, selección de criterio de respuestas, base de datos, etc.</p> <p>1-5 Desarrollar herramientas simples de monitoreo y supervisión como hojas de chequeo (c) para el Sistema de Vigilancia.</p> <p>1-6 Compilar lo mencionado en 1-3, 1-4, y 1-5 dentro de la Guía Nacional.</p> <p>1-7 Desarrollar materiales de promoción y capacitación basados en experiencias y conocimientos de cada una de las Áreas de Salud beneficiarias.</p> <p>1-8 Realizar seminarios de difusión sobre el protocolo, guías y materiales de promoción y capacitación.</p>	<p><b>&lt;Equipos y materiales &gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipos donados con el Proyecto anterior (Vehículos, equipos rociadores, partes y repuestos, etc.)</li> <li>Motocicletas</li> <li>Insecticidas</li> <li>Rociadoras (fumigadoras)</li> <li>Kits de prueba serológica</li> </ul> <p><b>&lt;Facilidades &gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficina de Proyecto y parqueo para Vehículo(s)</li> </ul>	<p><b>&lt;Equipos y materiales &gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipos donados con el Proyecto anterior (Vehículos, equipos rociadores, partes y repuestos, etc.)</li> <li>Motocicletas</li> <li>Insecticidas</li> <li>Rociadoras (fumigadoras)</li> <li>Kits de prueba serológica</li> </ul> <p><b>&lt;Facilidades &gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficina de Proyecto y parqueo para Vehículo(s)</li> </ul>	<p>(Planificación Estratégica Operativa)</p> <p>2-1 Capacitar a funcionarios de Áreas de Salud sobre la planificación estratégica operativa para fortalecer el Sistema de Vigilancia.</p> <p>2-2 Clasificar las comunidades de acuerdo al nivel de riesgos (índice de infestación domiciliar) y carga (seroprevalencia) de la Enfermedad de Chagas.</p> <p>2-3 Clasificar las comunidades de acuerdo a la Fase de Control de la Enfermedad de Chagas (de Ataque o de Mantenimiento).</p> <p>2-4 Desarrollar mecanismos de motivación e incentivos para la participación comunitaria sostenible (centros y puestos de salud, voluntarios de salud, etc.) y asegurar la sostenibilidad del Sistema de Vigilancia.</p> <p>2-5 Seleccionar y aplicar una opción apropiada del sistema de vigilancia a cada comunidad en donde la Fase de Ataque se ha completado.</p>

- 3 -



<p>2-6 Preparar un plan de operaciones anual para el sistema de vigilancia.</p> <p><i>(Operación, Monitoreo y Supervisión)</i></p> <p>3-1 Organizar los Equipos de Control de la Enfermedad de Chagas compuestos por Director, epidemiólogo, ETV, funcionarios de educación en salud, etc. en cada Área de Salud de los departamentos beneficiarios.</p> <p>3-2 Establecer roles y responsabilidades de los miembros del Equipo (TORs).</p> <p>3-3 Realizar capacitaciones (incluyendo Capacitación de Capacitadores y visitas al campo) para Equipos de Control de la Enfermedad de Chagas de acuerdo a TORs.</p> <p>3-4 Capacitar al personal de centros y puestos de salud y voluntarios sobre el sistema de vigilancia.</p> <p>3-5 Realizar actividades de promoción como talleres para el Control de la Enfermedad de Chagas para ONGs contratadas por el Programa de la Extensión de Cobertura.</p> <p>3-6 Los centros y puestos de salud realizan de inmediato: (i) Informar a ETV la presencia de R.p para el rociado; y (ii) referir y contra referir casos sospechosos a hospitales sobre la base de rutina (vigilancia pasiva).</p> <p>3-7 Las Áreas de Salud realizan estudios entomológicos y epidemiológicos (vigilancia activa).</p> <p>3-8 De acuerdo al sistema de información mencionado en 1-4, cada Área de Salud envía reportes mensuales del sistema de vigilancia al nivel central de MSPAS.</p> <p>3-9 Llevar a cabo monitoreo y supervisión (M&amp;S) para el sistema de vigilancia utilizando la hoja de chequeo mencionado en 1-5.</p> <p>3-10 Analizar y utilizar los datos de vigilancia para toma de decisiones basada en evidencias y compartir los resultados entre las Áreas de Salud.</p> <p>3-11 Publicar y presentar reportes anuales de implementación para el sistema de vigilancia.</p> <p>3-12 Realizar un seminario anual nacional invitando a todos los actores involucrados.</p>	<p>&lt;Gastos necesarios&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento, seguro, combustibles para vehículos y motocicletas</li> <li>• Gastos de la oficina del Proyecto (electricidad, agua, comunicaciones)</li> <li>• Viáticos y gastos de funcionarios MSPAS</li> </ul>	
---	---	--

**Notas:**

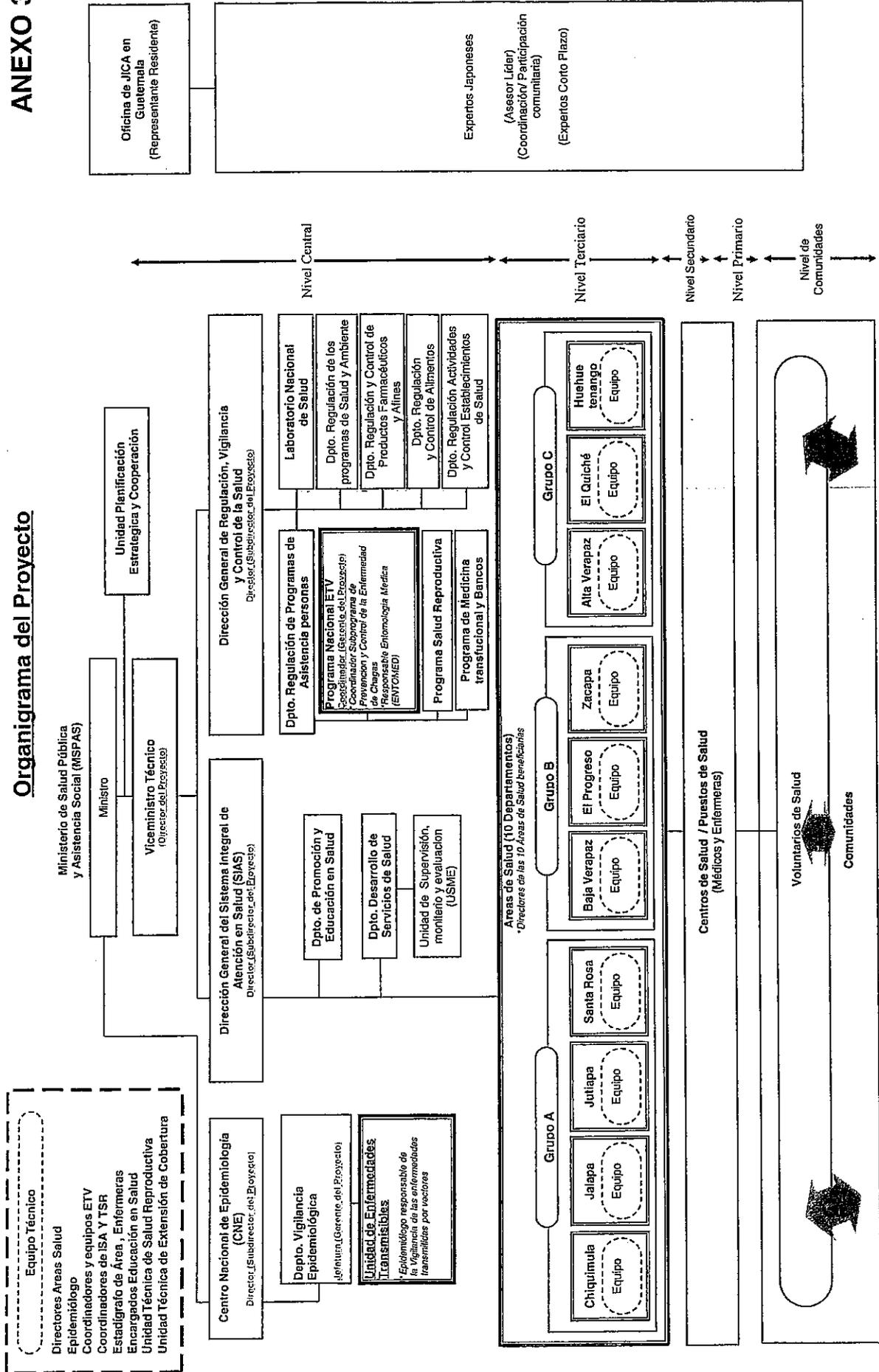
- (1) Un Sistema Sostenible para el control de la Enfermedad de Chagas consiste en vigilancia y respuesta, así mismo coordinación operativa e integral entomológica y epidemiológica a través de los canales de información. El sistema de vigilancia debe ajustarse a: (i) riesgo de enfermedad de Chagas; (ii) Carga de Enfermedad de Chagas; y (iii) Características socio económicas, culturales y demográficas de cada comunidad objetivo. Nótese que el proyecto no contempla respuesta epidemiológica.
- (2) En principio la línea basal de cada área de salud departamental son recolectadas a través de revisión de datos secundarios. Estos incluyen: (i) El número de comunidades infestadas por Rp; (ii) Índice de Infestación domiciliar; (iii) seroprevalencia en escolares de 7-14 años de edad; (iv) información socioeconómica, sociocultural y socio demográfica; (v) información del CAP; y (vi) otros indicadores en el PDM. Cuando estos datos no estén disponibles, encuestas entomológicas, epidemiológicas y/o CAP serán realizadas.
- (3) Un paquete de opciones simples de un modelo de sistema de vigilancia ajustada para las características locales y recursos disponibles.
- (4) La hoja de encuesta diseñada para evaluar la funcionalidad del sistema de vigilancia, e.g. por medición: (i) envío de reporte mensual en línea de tiempo; (ii) evaluación de los datos reportados mensualmente; (iii) reportes de datos mensuales completos; y (iv) nivel de participación comunitaria.





# Organigrama del Proyecto

# ANEXO 3



Notas: \* XXXX = Contraparte de los Expertos Japoneses

Handwritten signatures and initials.

= Miembros del Comité Conjunto de Coordinación

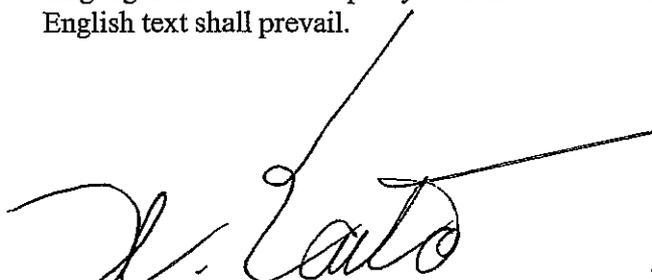
5. 修正通知 (Amendment) (英文)

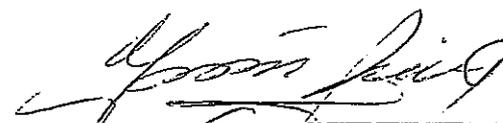
**AMENDMENT  
OF THE RECORD OF DISCUSSIONS  
AND  
MINUTES OF MEETINGS  
BETWEEN  
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY  
AND  
AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF  
THE REPUBLIC OF GUATEMALA  
ON  
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION  
FOR  
PROJECT FOR THE CONTROL OF CHAGAS DISEASE  
(ESTABLISHMENT OF SUSTAINABLE SURVEILLANCE SYSTEM)**

This Amendment Agreement is made on 22th April 2009 to amend the Record of Discussions and Minutes of Meetings made for the Project for the Control of Chagas Disease (Establishment of Sustainable Surveillance System) (hereinafter referred to as "the Project") on 12th December 2008 between Ministry of Health and Social Welfare and Japan International Cooperation Agency.

The both sides agreed to make amendments referred to in the document as attached hereto. This Amendment Agreement has been prepared in Spanish and English languages. Each text is equally authentic. In case of any divergence of interpretation, the English text shall prevail.

Guatemala City, 22th April 2009

  
\_\_\_\_\_  
Mr. Hiroshi Saito  
Resident Representative  
Guatemala Office  
Japan International Cooperation Agency  
Japan

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Víctor Israel Guerra Velásquez  
Technical Vice Minister  
Ministry of Health and Social Welfare  
Republic of Guatemala

Honorable Witness:

  
\_\_\_\_\_  
Ms. Delfina May Cana  
Sub-secretary of International Cooperation  
Secretary of Planning and Programming  
Republic of Guatemala

**The Attached Document**

**1. AMENDMENT OF THE RECORD OF DISCUSSIONS**

Commencement of the Project is postponed as follows due to the late arrival of Japanese experts;

**[Previous]**

**IX. TERM OF COOPERATION**

The duration of the technical cooperation for the Project under this Attached Document will be 3 (three) years from May 1<sup>st</sup>, 2009. The Japanese expert (Coordinator/ Community Participation) will be dispatched prior to the commencement of the Project, for the preparation of the Project.

**[Present]**

**IX. TERM OF COOPERATION**

The duration of the technical cooperation for the Project under this Attached Document will be 3 (three) years from July 1<sup>st</sup>, 2009.

**2. AMENDMENT OF THE MINUTES OF MEETINGS**

The Project Design Matrix (PDM) and the Plan of Operation (PO) which were annex documents for the Minutes of Meetings is modified as shown in ANNEX I and II, according to the above mentioned amendment for the term of cooperation.

ANNEX I PROJECT DESIGN MATRIX (PDM)

ANNEX II PLAN OF OPERATION (PO)



# Project Design Matrix (PDM)

Ver.1 22<sup>th</sup> April 2009

# ANNEX I

**Project Title:** Project for the Control of Chagas Disease (Establishment of Sustainable Surveillance System)

**Duration of Project:** 3 years (July 2009 to June 2012)

**Target Area:** (Group A: High risk/High disease burden) Chiquimula, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa

(Group B: High risk/Low disease burden) Baja Verapaz, El Progreso, Zacapa

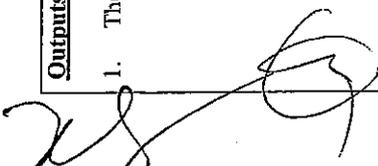
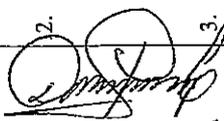
(Group C: Low risk/Low disease burden) Alta Verapaz, El Quiché, Huehuetenango

\* The above groups are categorized in accordance with the levels of risk (domestic infestation rate) and burden (sero-prevalence) of Chagas disease. Quantities of resources available for direct intervention to health centre level will be adjusted based on the categorization.

**Target Group:** [Direct beneficiaries] The MSPAS and 10 health departments; [Indirect beneficiaries] health centers, health posts, health volunteers, and residents.

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
<p><b>Overall Goal</b></p> <p>Vectorial transmission of Chagas disease is interrupted in Guatemala.</p>	<p><i>By the Target Year of IPCA (2013),</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sero-prevalence among children 1-7 years of age (= 0%)</li> <li>Domestic infestation rate of T.d (&lt;5%)</li> <li>The number of communities infested by R.p (0)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Reports of the National Strategic Plan for Chagas Control (2008-2013)</li> <li>Report of the National Strategic Plan for Chagas Control (2008-2013)</li> <li>Report of the National Strategic Plan for Chagas Control (2008-2013)</li> </ol>	<p>To achieve the IPCA target, the MSPAS makes continuous political commitment to interruption of Chagas disease.</p>
<p><b>Project Purpose</b></p> <p>A community-based participatory surveillance system for Chagas disease (1) is strengthened in the target health departments.</p>	<p><i>By the end of the Project,</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Surveillance system coverage increases (XX%)</li> <li>Scores of M&amp;S checklist exceeds minimum requirement in all the target health departments (XX)</li> <li>In passive surveillance, the number of new suspected cases among all age groups is reported on a monthly basis</li> <li>In passive surveillance, the numbers of captured R.p. and T.d, samples are reported on a monthly basis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Project reports</li> <li>Project reports, Analyses of checklist scores</li> <li>Entomological and epidemiological database of the MSPAS</li> <li>Entomological and epidemiological database of the MSPAS</li> </ol>	<p>Chagas disease control continues to be a priority for the MSPAS.</p> <p>Quality of sero-positivity blood test is not compromised or declined.</p> <p>Quality of diagnosis and treatment of Chagas disease improves by the MSPAS initiative.</p>

<p><b>Outputs</b></p> <p>1. The national guidelines for the surveillance system are developed.</p> <p>2. The central MSPAS and health departments are equipped with adequate capacities of strategic operational planning of the surveillance system.</p> <p>3. The MSPAS at the all levels is equipped with adequate capacities of operation, monitoring and supervision of the surveillance system.</p>	<p>1-1. The national guidelines are available.</p> <p>1-2. Draft options of the surveillance system are available</p> <p>1-3. The checklist for assessing and monitoring the functionality of the surveillance system is developed</p> <p>1-4. The information system for the surveillance system is designed</p> <p>1-5. Advocacy and training materials are developed</p> <p>2-1. Annual plans for strengthening the surveillance system are prepared</p> <p>3-1. Level of understandings of the MSPAS stakeholders of all the target health departments exceeds minimum requirement (XX)</p> <p>3-2. Knowledge, attitude and practice (KAP) of the residents under the surveillance system improves</p> <p>3-3. A Chagas disease control team is organized and assigned with clear TORs in each health department</p> <p>3-4. Trainings necessary for fulfilling requirement of TORs are conducted</p> <p>3-5. At least one technical supervisory visit by the central MSPAS is undertaken per year</p> <p>3-6. Monthly reports for the surveillance system are submitted to the MSPAS</p>	<p>1-1. Developed national guidelines</p> <p>1-2. Project Reports</p> <p>1-3. Developed checklist</p> <p>1-4. Designed information system</p> <p>1-5. Developed advocacy and training materials</p> <p>2-1. Annual plans, Project reports</p> <p>3-1. Questionnaire and interview survey with the stakeholders</p> <p>3-2. Comparison of results of KAP surveys on Chagas disease</p> <p>3-3. TORs of Chagas disease control teams</p> <p>3-4. Training completion reports</p> <p>3-5. Project reports</p> <p>3-6. Monthly reports, Entomological and Epidemiological database of the MSPAS</p>	<p>Serious disasters and outbreak of other infectious diseases do not diminish resources for Chagas disease control.</p>
---	---	---	--

Activities	Input by Guatemala	Input by Japan	Staffs of the MSPAS who are trained by the Project are working continuously for the surveillance system in the area.
<p>0-1 Conduct baseline surveys to obtain data necessary for detailed design, monitoring and evaluation of the Project (2).</p> <p>0-2 Based on the results of 0-1, set up undecided indicators in the PDM.</p> <p><b>(Guidelines)</b></p> <p>1-1 Review the existing protocol for surveillance system.</p> <p>1-2 Review existing surveillance practices in the health departments, and assess their appropriateness and functionality.</p> <p>1-3 Identify draft options (3) of the surveillance system in collaboration with each health department.</p> <p>1-4 Design an information system composed of reporting channels, reporting formats, response selection criteria, and database etc.</p> <p>1-5 Develop a simple monitoring and supervision (M&amp;S) checklist (4) for the surveillance system.</p> <p>1-6 Compile the above 1-3, 1-4, and 1-5 into the national guidelines.</p> <p>1-7 Develop advocacy and training materials based on experiences and knowledge of each health department.</p> <p>1-8 Hold dissemination seminars on the protocol, guidelines and advocacy/ training materials.</p> <p><b>(Strategic Operational Planning)</b></p> <p>2-1 Train staff of the health departments on strategic operational planning for strengthening the surveillance system.</p> <p>2-2 Classify communities in accordance with the levels of risk (domestic infestation rate) and burden (sero-prevalence) of Chagas disease.</p> <p>2-3 Classify communities in accordance with Chagas disease control phase (attack or maintenance).</p> <p>2-4 Develop motivation and incentive mechanisms for sustaining community participation (e.g. health centers and posts, health volunteers), to ensure sustainability of the surveillance system.</p> <p>2-5 Select and apply an appropriate surveillance system option to each community where the attack phase is completed.</p> <p>2-6 Prepare an annual operation plan for the surveillance system.</p> <p><b>(Operation, Monitoring and Supervision)</b></p> <p>3-1 Organize a Chagas disease control team composed of Director of health department, epidemiologists, ETV, health educators, and etc. in each health department.</p>	<p><b>Input by Guatemala</b></p> <p>&lt; Human resources &gt;</p> <p><b>Counterpart Personnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sub-program Coordinator of Prevention and Control of Chagas Diseases</li> <li>Responsible of Medical Entomology -ENTOMED-</li> <li>Epidemiologist responsible of the Surveillance of Vector Transmitted Diseases</li> <li>Directors of 10 Endemic Health Departments</li> </ul> <p><b>Other Personnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Epidemiologist, Coordinator and Team of ETV, Coordinators of ISA (inspector of environmental health) and TSR (rural health technician), Health Department Statistician, Nurses, Health Education Officials, Technical Unit of Reproductive Health, Technical Unit of Extension Coverage of Health Departments.</li> <li>Doctors and Nurses of Health Centers and Health Posts</li> <li>Health Volunteers and Spraying Personnel</li> </ul> <p>&lt; Equipment and Materials &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Provided equipment in the last project (vehicles, sprayers and spare parts etc.)</li> <li>Motorcycles</li> <li>Insecticides</li> <li>Sprayers</li> <li>Serological test kits</li> </ul> <p>&lt; Facilities &gt;</p> <p>Project Office and parking space</p>	<p><b>Input by Japan</b></p> <p>&lt; Human resources &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2 Long-term Experts: (i) Chief Advisor; (ii) Coordinator/Community Participation</li> <li>Short-term Experts: e.g. (i) Entomology; (ii) Epidemiology; (iii) Health Information System; (iv) Health Education.</li> </ul> <p>&lt; Equipment and Materials &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vehicle(s)</li> <li>Motorcycles</li> <li>Computers</li> <li>Projectors</li> <li>Digital cameras</li> <li>Serological test kits</li> </ul> <p>&lt; Necessary Costs &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cost of printing of the didactic materials</li> <li>Cost of seminars and training</li> <li>Cost of salaries for drivers and assistants</li> </ul>	<p>Contracted NGOs under the Coverage Extension Program participate to activities for strengthening surveillance system in risk areas of Chagas disease.</p>

<p>3-2 Define roles and responsibilities of the team members (TORs).</p> <p>3-3 Conduct trainings (including TOT and field visit) for the Chagas disease control teams on their TORs.</p> <p>3-4 Train staff of health centers, health posts and health volunteers on the surveillance system.</p> <p>3-5 Conduct advocacy activities for the contracted NGOs under the Coverage Extension Program.</p> <p>3-6 Health centers and posts immediately: (i) report the presence of R.p. to ETV for spraying; and (ii) refer and counter-refer suspected cases with hospital on a routine basis (passive surveillance).</p> <p>3-7 Health departments conduct entomological and epidemiological surveys (active surveillance).</p> <p>3-8 According to the information system defined in 1-4, each health department submits monthly reports of the surveillance system to the central MSPAS.</p> <p>3-9 Undertake monitoring and supervision (M&amp;S) for the surveillance system using the checklist defined in 1-5.</p> <p>3-10 Analyze and use the surveillance data for evidence-based decision making, and shares the result with the health departments.</p> <p>3-11 Publish and present an annual implementation report for the surveillance system.</p> <p>3-12 Hold an annual national seminar inviting all the stakeholders.</p>	<p>&lt;Necessary Costs &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenance, insurance and fuel costs for vehicles and motorcycles</li> <li>• Operation cost for the Project office (e.g. electricity, water, communication)</li> <li>• Duty travel expenses for the MSPAS staff</li> </ul>	<p><u>Pre-conditions</u></p> <p>The communities in target health departments are not against the Project.</p> <p>Concerned parties cooperate with the Project.</p>
--	--	--

**Notes:**

- (1) A sustainable system for Chagas disease control which is composed of surveillance and responses and operated in an integrated or coordinated manner between both entomological and epidemiological information channels. The surveillance system should be customized in accordance with: (i) risk of Chagas disease; (ii) burden of Chagas disease; (iii) socio-economic, socio-cultural and socio-demographic characteristics of each target community. Note that the Project does not address epidemiological responses.
- (2) In principle, baseline data of each health department are collected through secondary data review. They include: (i) the number of communities infested by R.p.; (ii) domestic infestation rate of T.d; (iii) sero-prevalence among children 7-14 years of age; (iv) socio-economic, socio-cultural and socio-demographic information; (v) KAP information; and (vi) other indicators in the PDM. When those data are not available, entomological, epidemiological, and/or KAP survey(s) will be conducted.
- (3) A package of simple model options of the surveillance system adjusted to local characteristics and available resources.
- (4) A checklist designed for assessing the functionality of the surveillance system, e.g. by measuring: (i) timeliness of monthly report submission; (ii) accuracy of monthly report data; (iii) completeness of monthly report data; and (iv) level of community participation.

**ENMIENDA  
DEL REGISTRO DE DISCUSIONES  
Y MINUTAS DE REUNIONES  
ENTRE  
LA AGENCIA DE COOPERACION INTERNACIONAL DEL JAPÓN  
Y  
AUTORIDADES INVOLUCRADAS DEL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE  
GUATEMALA  
SOBRE  
LA COOPERACIÓN TÉCNICA JAPONESA  
PARA  
EL PROYECTO DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS  
(ESTABLECIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA SOSTENIBLE)**

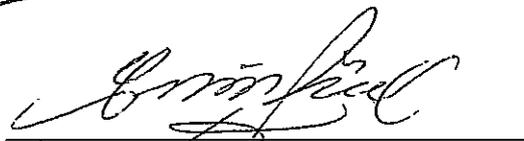
Este Acuerdo de Enmienda se realiza el 22 de abril del 2009 para enmendar el Registro de Discusiones y Minutas de Reuniones para el Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas (establecimiento del Sistema de Vigilancia Sostenible) (denominado de aquí en adelante como "el Proyecto") el 12 de diciembre del 2008 entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Agencia de Cooperación Internacional del Japón.

Ambas partes están de acuerdo en hacer las enmiendas referidas en el documento adjunto. Este Acuerdo de Enmienda se ha preparado en los idiomas español e inglés. Cada texto es igualmente auténtico. En caso de cualquier divergencia de interpretación, el texto inglés prevalecerá.

Ciudad de Guatemala, 22 de abril de 2009



Mr. Hiroshi Saito  
Representante Residente  
Agencia de Cooperación  
Internacional del Japón  
Oficina GUATEMALA



Dr. Víctor Israel Guerra Velásquez  
Vice Ministro Técnico  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia  
Social  
República de Guatemala

Testigo de Honor:



Licda. Delfina Mix Cana  
Sub Secretaria de Cooperación Internacional  
SEGEPLAN  
República de Guatemala

## Documento Adjunto

### 1. ENMIENDA DEL REGISTRO DE DISCUSIONES

Comienzo del proyecto es aplazado debido a la llegada tardía de los expertos japoneses;

[Anterior]

#### IX. PERIODO DE LA COOPERACIÓN

La duración de la cooperación técnica para el proyecto bajo este Documento Adjunto, será de 3 (tres) años a partir del 1 de mayo de 2009. El experto japonés (Coordinador / Participación Comunitaria) será enviado previamente al inicio del proyecto para su preparación.

[Actual]

#### IX. PERIODO DE LA COOPERACIÓN

La duración de la cooperación técnica para el proyecto bajo este Documento Adjunto, será de 3 (tres) años a partir del 1 de julio de 2009.

### 2. ENMIENDA DE LAS MINUTAS DE REUNIONES

La Matriz de Diseño del Proyecto (PDM) y el Plan de Operación (PO), los cuales fueron adjuntados para las Minutas de Reuniones, se modifican como se muestran en el ANEXO I y II, de acuerdo con la mencionada modificación del plazo de la cooperación.

ANEXO I      MATRIZ DE DISEÑO DEL PROYECTO (PDM)

ANEXO II      PLAN DE OPERACIÓN (PO)



## Matriz de Diseño de Proyecto (PDM)

Ver.1 22 de abril del 2009

ANEXO I

Título del Proyecto: Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas (Establecimiento del Sistema de Vigilancia Sostenible)

Duración del Proyecto: 3 años (julio del 2009 a junio del 2012)

Departamentos beneficiarios: (Grupo A: Alto riesgo/Alta carga) Chiquimula, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa

(Grupo B: Alto riesgo/Baja carga) Baja Verapaz, El Progreso, Zacapa

(Grupo C: Bajo riesgo/Baja carga) Alta Verapaz, El Quiché, Huehuetenango

\*Los grupos son categorizados de acuerdo al grado de riesgo (índice de infestación) y carga (seroprevalencia). Según esta categorización se planearán los insumos para coordinar las intervenciones directas y monitoreo por el Proyecto, que pueda llegar hasta cierto número de centros y puestos de salud.

Grupo beneficiario: [Beneficiarios Directos] El MSPAS y los 10 Áreas de Salud [Beneficiarios Indirectos] Centros y Puestos de Salud, voluntarios de salud y comunidades

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS IMPORTANTES
<p><u>Objetivo Superior</u></p> <p>La transmisión Vectorial de la Enfermedad de Chagas es interrumpida en Guatemala.</p>	<p><i>Para el año objetivo de IPCA (2013),</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Seroprevalencia entre escolares de 1 a 7 años (= 0%)</li> <li>Infestación domiciliar de T.d (&lt; 5%)</li> <li>El número de comunidades infestadas por R.p (0)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Informe del Plan Estratégico Nacional 2008-2013 de la Enfermedad de Chagas</li> <li>Informe del Plan Estratégico Nacional 2008-2013 de la Enfermedad de Chagas</li> <li>Informe del Plan Estratégico Nacional 2008-2013 de la Enfermedad de Chagas</li> </ol>	<p>Para lograr la meta de IPCA, el MSPAS realiza continuamente los compromisos políticos para la interrupción de la Enfermedad de Chagas.</p>
<p><u>Objetivo del Proyecto</u></p> <p>El Sistema de Vigilancia de la Enfermedad de Chagas con Participación Comunitaria (1) es fortalecido en Áreas de Salud de los departamentos beneficiarios.</p>	<p><i>Al final del proyecto,</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La cobertura del Sistema de Vigilancia (XX%)</li> <li>En todas las Áreas de Salud de los departamentos beneficiarios, los puntos de calificación por la hoja de chequeo de funcionalidad excede al requerimiento mínimo (XX)</li> <li>En Vigilancia Pasiva, el número de nuevos casos sospechosos en todas las edades son reportados mensualmente</li> <li>En Vigilancia Pasiva, el número de vectores capturados de R.p y T.d son reportados mensualmente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Informe del Proyecto</li> <li>Informe del proyecto, análisis de calificación de la hoja de chequeo funcional</li> <li>La base de datos entomológicos y epidemiológicos de MSPAS</li> <li>La base de datos entomológicos y epidemiológicos de MSPAS</li> </ol>	<p>El Control de la Enfermedad de Chagas continúa siendo una prioridad para MSPAS.</p> <p>La calidad de la prueba de sero-positividad en sangre no está comprometida (transigida) o declinada.</p> <p>La calidad de diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Chagas se mejora por iniciativa de MSPAS.</p>

<b>Resultados esperados</b>			
<p>1. Las Guías Nacionales para el Sistema de Vigilancia han sido desarrolladas.</p>	<p>1-1. Las Guías Nacionales están disponibles 1-2. Las opciones (propuestas) para el Sistema de Vigilancia están disponibles 1-3. La hoja de chequeo para evaluar y monitorear la funcionalidad del Sistema de Vigilancia está desarrollada 1-4. El sistema de información está diseñado 1-5. Los materiales de promoción y capacitación están desarrollados</p>	<p>1-1. Guías Nacionales desarrolladas 1-2. Informe del proyecto 1-3. Hoja de chequeo desarrollada 1-4. Sistema de información diseñado 1-5. Formatos y bases de datos ordenados</p>	<p>Los graves desastres y el brote de otras enfermedades infecciosas no disminuyen los recursos para el control de la Enfermedad de Chagas.  Las ONGs contratadas para el Programa de Extensión de Cobertura, participan para el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia en áreas de riesgo de la Enfermedad de Chagas.</p>
<p>2. El MSPAS a nivel central y las Áreas de Salud Departamental se dispone de capacidades adecuadas para la Planificación Estratégica operativa del Sistema de Vigilancia.</p>	<p>2-1. Los planes anuales para el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia están preparados</p>	<p>2-1. Planes anuales, informe del Proyecto</p>	
<p>3. En todos los niveles del MSPAS se dispone de capacidades adecuadas para operación, monitoreo y supervisión del Sistema de Vigilancia.</p>	<p>3-1. El nivel de entendimiento de los actores MSPAS en todas las Áreas de Salud beneficiarias, alcanzan los criterios mínimos (XX) 3-2. Conocimiento, actitud y práctica (CAP) de los comunitarios bajo el Sistema de Vigilancia, se mejora 3-3. Los equipos de control de la Enfermedad de Chagas están organizados con TOR (término de referencia) claros en cada Área de Salud 3-4. Capacitaciones necesarias para satisfacer TOR son realizadas 3-5. Al menos una visita al año de supervisión y asistencia técnica a áreas de Salud por el nivel Central de MSPAS. 3-6. Reportes mensuales de datos entomológicos y epidemiológicos son presentados al MSPAS</p>	<p>3-1. Estudio por encuestas y entrevistas con los actores 3-2. Comparación de resultados del estudio sobre CAP sobre la Enfermedad de Chagas 3-3. TOR de los miembros del equipo de control de la Enfermedad de Chagas 3-4. Reporte de capacitaciones 3-5. Informe del Proyecto 3-6. Reportes mensuales, base de datos entomológicos y epidemiológicos de MSPAS</p>	

Actividades	Insumos por la Parte Guatemalteca	Insumos por la Parte Japonesa	Condición Previa
<p>0-1 Conducir estudios base de línea para obtener información y datos necesarios para el diseño detallado, el monitoreo y evaluación del Proyecto e).</p> <p>0-2 Con base en los resultados de 0-1, establecer los indicadores de PDM que no se han definido.</p>	<p>&lt;Recursos humanos &gt; <i>Personal Contraparte</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinador Subprograma de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas</li> <li>Responsable Entomología Médica (ENTOMED)</li> <li>Epidemiólogo responsable de la Vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores (CNE)</li> <li>Directores de las 10 Áreas de Salud beneficiarias</li> </ul> <p><i>Otro Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Epidemiólogo, Coordinadores y equipos ETV, Coordinadores de ISA Y TSR, Estadígrafo de Área, Enfermeras, Encargados Educación en Salud, Unidad Técnica de Salud</li> <li>Reproductiva, Unidad Técnica de Extensión de Cobertura de las Áreas de Salud</li> <li>Médicos y enfermeras de los Centros y Puestos de Salud de MSPAS</li> <li>Voluntarios de Salud, personal para rociar insecticidas</li> </ul>	<p>&lt;Recursos humanos &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2 Expertos de largo plazo: (i) Asesor líder; (ii) Coordinador/Participación comunitaria</li> <li>Expertos de corto plazo: Por ejemplo (i) Entomología; (ii) Epidemiología, (iii) Sistema de Información en Salud, (iv) Educación en Salud.</li> </ul> <p>&lt;Equipos y materiales &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vehículo(s)</li> <li>Motocicletas</li> <li>Computadores</li> <li>Proyectors</li> <li>Cámaras digitales</li> <li>Kits de prueba serológica</li> </ul> <p>&lt;Costos necesarios &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Costo para impresión de materiales didácticos</li> <li>Costo de seminarios y capacitaciones</li> <li>Costo de salario de piloto y asistentes</li> </ul>	<p>Las comunidades de las Áreas de Salud beneficiarias no están en contra del Proyecto.</p> <p>Los actores involucrados cooperan con el Proyecto.</p>
<p>1-1 Revisión del protocolo existente para el Sistema de Vigilancia.</p> <p>1-2 Revisión de las prácticas de vigilancia existentes en las Áreas de Salud de los departamentos y evaluar si son apropiados y funcionales como Sistema de Vigilancia.</p> <p>1-3 Identificar opciones de propuesta del Sistema de Vigilancia en colaboración con cada Área de Salud.</p> <p>1-4 Diseñar un sistema de información que esté compuesto de canales de información, formatos de reporte, selección de criterio de respuestas, base de datos, etc.</p> <p>1-5 Desarrollar herramientas simples de monitoreo y supervisión como hojas de chequeo para el Sistema de Vigilancia.</p> <p>1-6 Compilar lo mencionado en 1-3, 1-4, y 1-5 dentro de la Guía Nacional.</p> <p>1-7 Desarrollar materiales de promoción y capacitación basados en experiencias y conocimientos de cada una de las Áreas de Salud beneficiarias.</p> <p>1-8 Realizar seminarios de difusión sobre el protocolo, guías y materiales de promoción y capacitación.</p>	<p>&lt;Equipos y materiales &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipos donados con el Proyecto anterior (Vehículos, equipos rociadores, partes y repuestos, etc.)</li> <li>Motocicletas</li> <li>Insecticidas</li> <li>Rociadoras (fumigadoras)</li> <li>Kits de prueba serológica</li> </ul> <p>&lt;Facilidades &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficina de Proyecto y parqueo para Vehículo(s)</li> </ul>	<p>(Planificación Estratégica Operativa)</p> <p>2-1 Capacitar a funcionarios de Áreas de Salud sobre la planificación estratégica operativa para fortalecer el Sistema de Vigilancia.</p> <p>2-2 Clasificar las comunidades de acuerdo al nivel de riesgos (índice de infestación domiciliar) y carga (seroprevalencia) de la Enfermedad de Chagas.</p> <p>2-3 Clasificar las comunidades de acuerdo a la Fase de Control de la Enfermedad de Chagas (de Ataque o de Mantenimiento).</p> <p>2-4 Desarrollar mecanismos de motivación e incentivos para la participación comunitaria sostenible (centros y puestos de salud, voluntarios de salud, etc.) y asegurar la sostenibilidad del Sistema de Vigilancia.</p> <p>2-5 Seleccionar y aplicar una opción apropiada del sistema de vigilancia a cada comunidad en donde la Fase de Ataque se ha completado.</p>	

<p>2-6 Preparar un plan de operaciones anual para el sistema de vigilancia.</p> <p><i>(Operación, Monitoreo y Supervisión)</i></p> <p>3-1 Organizar los Equipos de Control de la Enfermedad de Chagas compuestos por Director, epidemiólogo, ETV, funcionarios de educación en salud, etc. en cada Área de Salud de los departamentos beneficiarios.</p> <p>3-2 Establecer roles y responsabilidades de los miembros del Equipo (TORs).</p> <p>3-3 Realizar capacitaciones (incluyendo Capacitación de Capacitadores y visitas al campo) para Equipos de Control de la Enfermedad de Chagas de acuerdo a TORs.</p> <p>3-4 Capacitar al personal de centros y puestos de salud y voluntarios sobre el sistema de vigilancia.</p> <p>3-5 Realizar actividades de promoción como talleres para el Control de la Enfermedad de Chagas para ONGs contratadas por el Programa de la Extensión de Cobertura.</p> <p>3-6 Los centros y puestos de salud realizan de inmediato: (i) Informar a ETV la presencia de R.p para el rociado; y (ii) referir y contra referir casos sospechosos a hospitales sobre la base de rutina (vigilancia pasiva).</p> <p>3-7 Las Áreas de Salud realizan estudios entomológicos y epidemiológicos (vigilancia activa).</p> <p>3-8 De acuerdo al sistema de información mencionado en 1-4, cada Área de Salud envía reportes mensuales del sistema de vigilancia al nivel central de MSPAS.</p> <p>3-9 Llevar a cabo monitoreo y supervisión (M&amp;S) para el sistema de vigilancia utilizando la hoja de chequeo mencionado en 1-5.</p> <p>3-10 Analizar y utilizar los datos de vigilancia para toma de decisiones basada en evidencias y compartir los resultados entre las Áreas de Salud.</p> <p>3-11 Publicar y presentar reportes anuales de implementación para el sistema de vigilancia.</p> <p>3-12 Realizar un seminario anual nacional invitando a todos los actores involucrados.</p>	<p>&lt;Gastos necesarios&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento, seguro, combustibles para vehículos y motocicletas</li> <li>• Gastos de la oficina del Proyecto (electricidad, agua, comunicaciones)</li> <li>• Viáticos y gastos de funcionarios MSPAS</li> </ul>	
---	---	--

Notas:

- (1) Un Sistema Sostenible para el control de la Enfermedad de Chagas consiste en vigilancia y respuesta, así mismo coordinación operativa e integral entomológica y epidemiológica a través de los canales de información. El sistema de vigilancia debe ajustarse a: (i) riesgo de enfermedad de Chagas; (ii) Carga de Enfermedad de Chagas; y (iii) Características socio económicas, culturales y demográficas de cada comunidad objetivo. Nótese que el proyecto no contempla respuesta epidemiológica.
- (2) En principio la línea basal de cada área de salud departamental son recolectadas a través de revisión de datos secundarios. Estos incluyen: (i) El número de comunidades infestadas por Rp; (ii) Índice de Infestación domiciliar; (iii) seroprevalencia en escolares de 7-14 años de edad; (iv) información socioeconómica, sociocultural y socio demográfica; (v) información del CAP; y (vi) otros indicadores en el PDM. Cuando estos datos no estén disponibles, encuestas entomológicas, epidemiológicas y/o CAP serán realizadas.
- (3) Un paquete de opciones simples de un modelo de sistema de vigilancia ajustada para las características locales y recursos disponibles.
- (4) La hoja de encuesta diseñada para evaluar la funcionalidad del sistema de vigilancia, e.g. por medición: (i) envío de reporte mensual en línea de tiempo; (ii) evaluación de los datos reportados mensualmente; (iii) reportes de datos mensuales completos; y (iv) nivel de participación comunitaria.



## 6. シャーガス病の疫学監視に関するプロトコル



### シャーガス病の疫学サーベイランスに関するプロトコル（目次和訳）

#### 1. バックグラウンド

#### 2. 正当性

#### 3. サーベイランス（監視）の一般的目標

##### 特定目標

- a. 適時に急性患者を認識する
- b. 慢性患者で副作用が生じている患者を認識する
- c. 住民の中の 15 歳以下児童、献血者、妊婦など、シャーガス病の血清陽性率を把握する
- d. *R. p.* の生息を適時に発見する
- e. *T. d.* の家屋内繁殖率 (Colonizacion) を体系的に監視する
- f. リスクとサービスの応答能力を同定する
- g. シャーガス病をコントロールするための対策措置をモニタリング、評価する

#### 4. 基本的概要

##### イベントの描写

##### 臨床形態

- a. 急性期間
- b. 慢性期間
  - b.1 不確定形態
  - b.2 心臓疾患形態
  - b.3 消化フェーズ
- c. 病気の再発（半急性フェーズ）

##### 3 ケース（患者の症状）の定義

- 3.1 疑わしいケース
- 3.2 *T. cruzi* による感染と確認されたケース
- 3.3 シャーガス病と確認されたケース
- 3.4 疫学的関係によるケース
- 3.5 シャーガス病による死亡

##### 疫学的局面

- a) 感染エージェント（病原体）
- b) 病原体保有者
- c) 感染形体
- d) 潜伏期間
- e) 感染可能期間
- f) 感染に対する弱さと抵抗
- g) シャーガス病の分布

#### 5. 疫学的サーベイランス

##### サーベイランスのタイプ

- 能動的サーベイランス
- 受動的サーベイランス



## Protocolo de vigilancia epidemiológica de Enfermedad de Chagas

### “Enfermedad de Chagas” CIE-10 B57

#### 1. Antecedentes:

Se estima que en América Latina, 90 millones de personas viven en área endémica, de ellos 16 a 18 millones están infectadas por *Trypanosoma cruzi*, agente causal de la enfermedad de Chagas, provocando alrededor de 21,000 muertes cada año y un 10 a 15% de los enfermos queda discapacitado como consecuencia de daños cardíacos o digestivos. La vigilancia es necesaria para cortar la transmisión, realizar tratamiento adecuado a los infectados y estudiar la existencia de casos en la familia del caso índice.

En Guatemala, se estima que 4 millones de personas están en riesgo de adquirir la enfermedad, 730,000 personas están infectadas y aproximadamente 30,000 se infectan cada año. El grupo de edad más afectado es el de menores de 15 años y mujeres jóvenes, aunque el diagnóstico por tamizaje en bancos de sangre y sintomatología sea en hombres de 25 a 39 años que corresponde a la población económicamente activa en la sociedad, limitando su desarrollo.

En Guatemala los principales vectores son *Rhodnius prolixus* y *Triatoma dimidiata*, los cuales fueron descubiertos en el año de 1,932.

#### 2. Justificación:

La vigilancia de la enfermedad de Chagas en Guatemala actualmente está orientada a identificar daños en la salud de la población por este evento, sin embargo, considerando la endemicidad de la enfermedad en ciertas zonas del país y sus consecuencias, es necesario fortalecer la vigilancia, identificando además de los daños a la salud, otros factores de riesgo y elementos de vigilancia que permitan hacer predicciones sobre el comportamiento de la enfermedad, la respuesta de los servicios de salud y orientar medidas de prevención y control efectivas y oportunas.

#### 3. Objetivo general de la vigilancia:

Conocer el comportamiento de la enfermedad de Chagas en la población, identificando oportunamente cambios en las tendencias y la magnitud para establecer medidas de prevención y control.

#### Objetivos específicos:

- a. Identificar oportunamente casos agudos.
- b. Identificar casos crónicos con complicaciones.
- c. Conocer la prevalencia de enfermedad de Chagas en la población, menores de 15 años de edad, donantes de sangre y mujeres embarazadas.
- d. Detectar oportunamente presencia de *Rhodnius prolixus*.
- e. Vigilar sistemáticamente los índices de colonización de *Triatoma dimidiata*.
- f. Caracterizar riesgos y capacidad de respuesta de los servicios.
- g. Monitorear y evaluar las medidas de intervención para el control de la enfermedad de Chagas.

#### 4. Generalidades:

**Descripción del evento:** La tripanosomiasis americana, enfermedad de Chagas, existe solamente por transmisión vectorial en el continente americano, es producida por el parásito *Trypanosoma cruzi* y transmitida en nuestro país principalmente por los vectores hematófagos *Rhodnius prolixus* y *Triatoma dimidiata* (chinche picuda). Otras formas de transmisión se encuentran actualmente en otros continentes.

#### Formas Clínicas:

a. **Fase Aguda:** su presentación clínica es poco frecuente, generalmente menos del 5% de los casos, siendo los chagomas los primeros signos en aparecer en cualquier parte del cuerpo, entre ellos el signo de Romaña (edema en ambos párpados de un ojo), característico de la enfermedad,



que corresponde a la puerta de entrada aparente del parásito y no están presentes en la enfermedad transfusional y congénita. Pueden presentarse formas edematosas principalmente en niños menores. Esta fase se caracteriza por presentar síntomas leves y atípicos tales como: fiebre, linfadenopatías (que generalmente aparece 48 horas después de la inoculación del parásito) y hepato-esplenomegalia principalmente. Signos de miocarditis (72 horas después de la inoculación) pueden ocurrir hasta el 30% de los pacientes sintomáticos con el 2 al 3% de mortalidad. Manifestaciones clínicas de meningoencefalitis tales como convulsiones fiebre y diversos grados de alteraciones de la conciencia y pueden alcanzar hasta el 50% de morbilidad principalmente. Comúnmente esta fase tiene una duración entre 4 y 12 semanas, finalizando con la desaparición de la fiebre y de los demás signos y síntomas, en correspondencia con la disminución del parásito circulante (parasitemia) y el ascenso en sangre de los anticuerpos específicos anti- *T. cruzi*.

**b. Fase Crónica:**

Se estima que hasta el 30% de las personas que superaron la fase aguda y no recibieron tratamiento específico, sufrirán daño cardíaco y/o digestivo unos 10 a 20 años después de haber contraído la enfermedad, mientras que en los demás infectados no se manifestaran lesiones orgánicas y permanecerán asintomático de por vida. La fase Crónica se divide en tres formas:

**b.1 Forma Indeterminada:**

Comienza al término de la fase aguda, haya habido o no manifestaciones clínicas. Puede durar varios años o indefinidamente. Se caracteriza por la ausencia de síntomas y el enfermo tiene plena capacidad para realizar actividades físicas. El electrocardiograma y la radiología son normales, excepto la serología que es positiva. En esta fase el hombre constituye un importante reservorio de la infección y contribuye a mantener el ciclo vital del parásito. Más de la mitad del total de casos de la Enfermedad de Chagas están en esta forma clínica. Hasta el momento no se cuenta con un marcador de evolución clínica o de laboratorio.

**b.2 Forma Cardíaca:**

Es la más estudiada y fácil de diagnosticar en la fase crónica. Los síntomas más frecuentes son palpitaciones, mareos, síncope, disnea y edema en miembros inferiores, las que dependerán del daño miocárdico, arritmias y grado de insuficiencia cardíaca existente. Las complicaciones más importantes son el embolismo sistémico y la muerte súbita. Se considera muy importante su detección en las fases iniciales y más benignas para prevenir el deterioro de la función miocárdica, mediante el adecuado manejo del paciente.

**b.3 Fase digestiva**

Cualquier porción del tracto digestivo puede afectarse, siendo comúnmente el esófago y el colon. Los síntomas característicos son regurgitación y disfagia en el primer caso y estreñimiento en el segundo. El mega esófago y el megacolon pueden coexistir entre si y con diversos grados de afección cardíaca. Entre las complicaciones más importantes del mega esófago están: desnutrición, neumonía, en el caso de megacolon el volvulus y fecaloma.

**c. Reactivación de la enfermedad (fase sub aguda):**

En la fase crónica puede aparecer un cuadro con alta parasitemia y manifestaciones clínicas de cardiopatía, relacionada a fenómenos de depresión inmunológica. Similarmente casos de reactivación de la infección en pacientes crónicos han sido descritos, en situaciones de coinfección (principalmente con HIV) y de inmunosupresión.



### **3 Definiciones de Caso**

#### **3.1 Caso sospechoso:**

- Toda persona que presente signos y síntomas clínicos (Chogomas de inoculación, incluyendo el Signo de Romaña, edema generalizado, fiebre, linfadenopatía, hepatoesplenomegalia, insuficiencia cardiaca, desnutrición, volvulus y fecaloma principalmente) compatibles de la enfermedad descrita previamente pero que aún no tiene confirmación de laboratorio y que tenga antecedentes de haber residido o visite frecuentemente una región endémica.
- Paciente a quien se transfunde una unidad de sangre o hemoderivados sin realizar pruebas de tamizaje, o de donador seropositivo para Chagas.

#### **3.2 Caso de Infección por *T. cruzi* confirmado:**

Es todo caso sospechoso de Enfermedad de Chagas con presencia demostrada de *Tripanosoma cruzi* mediante la observación microscópica del parásito, pruebas serológicas y/ o de biología molecular positivas.

#### **3.3 Caso de enfermedad de Chagas confirmado:**

Paciente con serología positiva con signos y síntomas de la enfermedad.

#### **3.4 Caso por nexa epidemiológico:**

Paciente compatible con la enfermedad de Chagas (casos congénitos o hermanos de casos índices confirmados).

#### **3.5 Defunción por enfermedad de Chagas:**

Persona que fallece como consecuencia de la enfermedad y cumple con la definición de caso confirmado de enfermedad de Chagas o caso nexa epidemiológico.

#### **Aspectos epidemiológicos:**

a) **Agente infeccioso:** *Trypanosoma cruzi*, un protozooario que en el humano se presenta como hemoflagelado y también como parásito intracelular sin flagelo externo.

b) **Reservorio:** Los humanos y más de 150 especies de animales domésticos y salvajes, que incluyen perros, gatos, ratas, ratones y otros animales domésticos; además, marsupiales, desdentados, roedores, quirópteros, carnívoros y primates.

c) **Modo de Transmisión:**

La principal forma de transmisión es vectorial (en el 80% de los casos) por especies hematófagas, principalmente *Rhodnius prolixus* y *Triatoma dimidiata*. Los insectos defecan durante o posterior a la succión de sangre. La infección del hombre y de otros animales se produce cuando las heces recién excretadas por los triatominos infectados contaminan las conjuntivas, membranas mucosas, abrasiones o heridas en la piel. Los insectos se infectan cuando se alimentan con sangre de un animal con parasitemia; los parásitos se multiplican en su intestino. Otras formas de transmisión son: por transfusión sanguínea, congénita, trasplante de órganos y oral, también se producen infecciones accidentales en el laboratorio.



**d) Período de incubación:**

Aproximadamente de 5 a 14 días después de la infección y en los casos producidos por transfusión de sangre, de 30 a 40 días.

**e) Período de transmisibilidad:**

Los tripanosomas aparecen regularmente en la sangre durante la fase aguda de la enfermedad, y pueden persistir en números muy bajos durante toda la vida de las personas infectadas. El vector se vuelve infectante en el término de 10 a 30 días después de haberse infectado, y la infección persiste en el intestino del vector durante todos los estadios de su vida, que puede ser de dos años

**f) Susceptibilidad y resistencia:** Los individuos de cualquier edad son susceptibles, pero en los más jóvenes la enfermedad suele ser más grave. Los sujetos inmunocomprometidos, están en peligro de presentar infecciones y complicaciones graves.

**g) Distribución de la enfermedad:**

El área Chagásica en Guatemala está ubicada principalmente en los departamentos de: Chiquimula, Zacapa, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa, El Progreso, Alta Verapaz, Baja Verapaz, El Quiché y Huehuetenango, sin embargo los principales vectores de la enfermedad de Chagas en Guatemala se encuentran presentes en 21 de los 22 departamentos, con excepción de Totonicapán, lo que hace posible su transmisión en todo el país.

### 5. Vigilancia epidemiológica:

**Tipo de Vigilancia:**

**Vigilancia Activa:** El personal de salud local o comunitario debe realizar búsqueda activa de casos agudos que cumplan con la definición de caso, tomando muestra para laboratorio para confirmar el caso. Además, tamizaje en bancos de sangre y censos de seroprevalencia en menores de 15 años de edad en coordinación del Sub Programa de Chagas, Áreas de Salud, LNS y organismos internacionales.

**Vigilancia Pasiva:** Consiste en la identificación de personas que cumplan con la definición de caso sospechoso de enfermedad de Chagas y que asisten a los servicios de salud por demanda. Incorporar el tamizaje rutinario de la enfermedad de chagas en el control prenatal de embarazadas originarias de las áreas endémicas. En 1 de cada 10 pacientes con cardiopatía y antecedentes de procedencia de áreas endémicas, debe ser investigado por laboratorio para descartar la enfermedad de chagas.

**Componentes para la vigilancia de la enfermedad de Chagas.**

- a). Vigilancia de la morbilidad y mortalidad
- b). Vigilancia entomológica
- c). Vigilancia de factores de riesgo y respuesta de los servicios para enfermedad de Chagas
- d). Vigilancia de laboratorio

➤ **Vigilancia de la morbilidad y mortalidad:** la vigilancia de la morbilidad se hará a través de la vigilancia activa/pasiva y la vigilancia de la mortalidad por definición de caso establecida en el presente protocolo.

➤ **Vigilancia entomológica:** Determina los cambios en la distribución geográfica de los vectores, permitiendo hacer mediciones relativas de la población vectorial, identificando áreas de alta densidad de infestación, períodos de aumento poblacional del vector y/o detección oportuna de la introducción de nuevas especies, para establecer medidas de prevención haciéndolo con participación comunitaria (Consultar el Manual de rociamiento domiciliar y manejo de equipo para la eliminación y control de los vectores de la enfermedad de Chagas, el Manual de diagnóstico y atención para la enfermedad de Chagas y el Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención, septiembre 1999.

Para *Rhodnius prolixus*, será activa con participación comunitaria para la identificación de focos residuales o reinfestación de la especie. Para *Triatoma dimidiata*, será institucional y comunitaria para la búsqueda e identificación de focos de colonización. Para ambos vectores, la participación institucional consistirá en monitoreo, evaluación e intervención.



➤ **Vigilancia y monitoreo de la respuesta de los servicios:**

**Capacitación de personal:** el personal de los servicios de salud debe ser capacitado anualmente en el manejo del protocolo de vigilancia de la Enfermedad de Chagas por capacitadores designados por las áreas de salud, proceso que será evaluado cada tres meses por el epidemiólogo de área, utilizando los perfiles epidemiológicos de los municipios evaluados que conforman el área.

**Análisis de BRES (balance de requisición y envío de suministros):** el comité de suministros del área debe revisar y analizar mensualmente los BRES de sus servicios de salud, garantizando la existencia de Benzonidazol, Nifurtimox y Acetaminofén, insumos de laboratorio de calidad y en cantidades que oscilen entre los niveles mínimos y máximos establecidos.

**Insecticidas y bombas:** Las cantidades de insecticidas y bombas en buen estado existentes en los servicios de salud, deben ser revisadas y analizadas trimestralmente por el coordinador de vectores de las áreas de salud endémicas, realizando los ajustes pertinentes con base en el comportamiento de la enfermedad de Chagas identificado a través del análisis epidemiológico del evento.

**Diagnóstico en fase aguda y crónica y tratamiento de casos agudos (en cualquier edad) e infecciones recientes (en menores de 16 años de edad):** Las áreas de salud endémicas realizarán las coordinaciones pertinentes y la asignación de personal para determinar en los servicios de salud, la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento y adherencia al tratamiento de la Enfermedad de Chagas. Periódicamente se harán evaluaciones de eficiencia y eficacia del tratamiento antiparasitario con base en normas establecidas.

**- Vigilancia de laboratorio:**

Las muestras acompañadas por la ficha de vigilancia epidemiológica, deberán enviarse al laboratorio local de vigilancia entre 24 – 48 horas posteriores a la toma de las mismas. Para la fase aguda se realiza análisis parasitológico (gota gruesa, frotis, reacción en cadena de la polimerasa, observación en fresco, strout o microstrout) y para la fase crónica se realiza análisis serológico (ELISA, reacción en cadena de la polimerasa, hemaglutinación indirecta o prueba rápida) de acuerdo a la normativa ya establecida.

A toda madre embarazada de área endémica realizar examen serológico a partir de la 28 semana de gestación. Para los niños de madres chagásicas, se les debe realizar microstrout como prueba parasitológica; si esta prueba fuese negativa, se debe realizar examen serológico a los 9 meses. Cuando no existen las condiciones para el diagnóstico a nivel local, las muestras se referirán al LNS, con base en la normativa establecida.

**Niveles de participación en la vigilancia:**

**Nivel local o comunitario:** La participación comunitaria es fundamental para la vigilancia entomológica, la detección y referencia de casos sospechosos a los servicios de salud para la planificación e implementación de las medidas de prevención y control.

**Nivel municipal:** El sector salud y organizaciones extrasectoriales, participan en el análisis de sala situacional, utilizando indicadores de vigilancia epidemiológica, entomológica y ambientales de forma mensual, acordando acciones de prevención, control y promoción de la salud para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones.

**Nivel departamental:** el sector salud presenta sala situacional en consejos de desarrollo urbano y rural mensualmente, utilizando indicadores de vigilancia epidemiológica, entomológica y ambientales, acordando acciones de prevención, control y promoción de la salud. Apoya al nivel municipal y local en la planificación e implementación de las acciones de intervención.



**Nivel central:** Lleva el registro del comportamiento de la enfermedad por cada una de las áreas de salud del país, indicadores epidemiológicos, entomológicos, ambientales y mapeo de casos. Brinda apoyo técnico en vigilancia a las Direcciones de Áreas de Salud cuando sea requerido.

### 6. Definiciones de caso

#### **Sospechoso:**

Toda persona que presente signos y síntomas clínicos (chagomas de inoculación, incluyendo el signo de Romaña, edema generalizado, fiebre, linfadenopatía, hepatoesplenomegalia, insuficiencia cardíaca, desnutrición, volvulus y fecaloma principalmente) compatibles con la enfermedad pero que aún no tiene confirmación de laboratorio y que tenga antecedentes de ser originario, haber residido o visite frecuentemente una región endémica, o paciente a quien se transfunde una unidad de sangre o hemoderivados sin realizar pruebas de tamizaje, de donador reactivo o hijo(a) de madre Chagásica o receptor de órganos de donadores chagásicos.

**Caso de infección por *T. cruzi* confirmado:** Todo caso sospechoso de enfermedad de Chagas con presencia demostrada de *Trypanosoma cruzi* mediante la observación microscópica del parásito, pruebas serológicas y/o de biología molecular positivas

**Caso de enfermedad de Chagas confirmado:** Paciente con serología positiva con signos y síntomas de la enfermedad.

**Caso por nexu epidemiológico:** Paciente compatible con enfermedad de Chagas al cual no fue posible obtener muestras de laboratorio y que tenga antecedentes de vivir o haber vivido en una comunidad del área Chagásica

**Defunción por enfermedad de Chagas:** Persona que fallece como consecuencia de la enfermedad y cumple con la definición de caso confirmado de enfermedad de Chagas, caso por nexu epidemiológico o caso sospechoso por patología, origen o procedencia de área endémica con prueba post mortem positiva para chagas.

### 7. Notificación:

#### **Notificación de resultados de laboratorio:**

Los casos de enfermedad de Chagas confirmados por laboratorio, deben ser notificados lo más pronto posible por el laboratorio de vigilancia epidemiológica al área de salud respectiva y al CNE.

#### **Notificación de casos:**

Las Áreas de Salud notificarán semanalmente al Centro Nacional de Epidemiología, departamento de vigilancia epidemiológica los casos sospechosos, utilizando el formulario SIGSA 18 y los casos confirmados al SIGSA en SIGSA 7 mensual; las defunciones serán notificadas inmediatamente al CNE, vía telefónica, correo electrónico, fax o radio; además mensualmente en SIGSA 2. La depuración de los casos sospechosos al tener los resultados de laboratorio, debe hacerse mensualmente de forma coordinada entre SIGSA y DAS.

Los casos en la población migrante deben ser notificados a las áreas de salud de donde provienen (notificación cruzada).

Los casos confirmados de enfermedad de Chagas, reportados por el laboratorio de vigilancia epidemiológica, deberán ser investigados y la ficha de investigación de caso deberá ser notificado inmediatamente al nivel inmediato superior, DAS y CNE, asimismo deberá ser incluido en el reporte semanal (SIGSA 18).

El encargado a nivel local de esta notificación será la persona responsable de la vigilancia.

Las Áreas de Salud y distritos instalarán el software de base de datos en EPI info. e ingresarán el cien por ciento de fichas de vigilancia epidemiológica. Las Áreas de Salud mensualmente analizarán y actualizarán la base de datos con base en resultados de laboratorio, clasificando finalmente los casos en confirmados y descartados, debiendo oficializarlo al SIGSA, Programa Nacional de enfermedades Transmitidas por Vectores, [pvectores@intelnet.com](mailto:pvectores@intelnet.com), [rhochagt@yahoo.com](mailto:rhochagt@yahoo.com) y CNE, Departamento de Vigilancia Epidemiológica, Unidad de



Enfermedades Transmisibles, Sección de Enfermedades Transmitidas por Vectores, al correo electrónico [vectores@epidemiologia.mspas.gob.gt](mailto:vectores@epidemiologia.mspas.gob.gt).

**8. Medidas de control:** Las medidas de prevención y control deben ser determinadas con base en el análisis epidemiológico y entomológico del evento y de los recursos disponibles para lograr el impacto deseado, Realizar en los bancos de sangre serología para Chagas en todos los donadores sanguíneos e investigar Chagas congénito en especial en embarazadas que procedan de áreas endémicas de la enfermedad, siguiendo la normativa del programa.

**a. Medidas de control al caso y convivientes:** Se deben tratar los casos: agudos a cualquier edad, indeterminados de infección reciente menores de 16 años y recién nacidos con diagnóstico de Chagas congénito con los medicamentos establecidos (Nifurtimox o Benznidazol). Respecto de los convivientes del caso, vigilar apareamiento de signos y síntomas de la enfermedad, tomar muestras para laboratorio si cumplen con la definición de caso y realizar acciones de información educación y comunicación en salud sobre medidas de prevención y control de la enfermedad de Chagas a nivel comunitario.

**b. Medidas de control vectorial:** Para *Rhodnius prolixus* el rociamiento intradomiciliar está indicado para el 100% de las viviendas de las localidades que se reporten positivas. Para *T. dimidita*, el rociamiento está indicada en viviendas nunca intervenidas con índices de infestación superiores al 20% o en viviendas notificadas con cualquier porcentaje de colonización. Institucionalmente se harán evaluaciones entomológicas post rociamiento y periódicamente se harán pruebas de susceptibilidad del vector a insecticidas.

**c. Medidas de control del medio:**

La intervención debe cumplir con el control integrado de vectores con énfasis en la limpieza y el ordenamiento del peridomicilio (patio, gallineros y corrales) y el interior de la vivienda por revocado de paredes, cambio de techo con materiales permanentes (teja, lámina), eliminación de materiales perecederos y mejoramiento del piso.

**Niveles de participación en las medidas de control:**

**Nivel local o comunitario:** La participación comunitaria en coordinación con el personal de vectores o de los servicios de salud locales en el análisis de la situación de la enfermedad de Chagas y la planificación e implementación de las medidas de prevención y control es fundamental.

**Nivel municipal:** Son las responsables de implementar las medidas de control vectorial.

**Nivel departamental:** Apoyar al nivel local y municipal en la planificación e implementación de las intervenciones.

**Nivel central:** Llevar el registro del comportamiento de la enfermedad por cada una de las áreas de salud del país, indicadores epidemiológicos y entomológicos, mapeo de los casos y tipo de vector existente. Apoyo técnico a las Direcciones de Áreas de Salud cuando sea requerido, participación en el control de brotes.

**9. Indicadores:**

**Indicadores de vigilancia epidemiológica:**

Permiten medir la magnitud, distribución y riesgo de presentar el evento.

La información para construirlos se obtiene del laboratorio, del registro de morbilidad de los servicios de salud y de la población. Debe construirse de forma mensual y anual por el personal encargado de la vigilancia en los servicios de salud, con participación del equipo técnico de distrito y área de salud.



### Indicadores de vigilancia epidemiológica

Indicador	Numerador	Denominador	Constante	Interpretación
Tasa de incidencia	Número de casos nuevos confirmados de Chagas en un año	Población a riesgo en el mismo período de tiempo.	100,000	Total de casos de Chagas por cada 100,000 habitantes en un año
Tasa de Prevalencia	No. de casos confirmados nuevos y pre-existentes de chagas en un año	Población a riesgo durante el mismo período de tiempo	100,000	Proporción de personas en una población que padecen enfermedad de Chagas
Tasa mortalidad específica por Chagas	Número de fallecidos por Chagas en un año	Población estimada a mitad de período	100,000	Frecuencia de muerte por Chagas en una población durante un tiempo.
Seropositividad en embarazadas	Número de embarazadas positivas serológicas	Número de embarazadas muestreadas	10,000	Porcentaje de toma de muestras positivas en embarazadas
Tasa de incidencia en niños menores de 16 años	Número de casos diagnosticados	Población de niños menores de 16 años	10,000	Interpretación de la magnitud del problema en dicha población

#### 4.2 Indicadores de vigilancia entomológica:

La información para construir estos indicadores se obtiene de la encuesta entomológica realizada por personal de vectores.

### Indicadores de vigilancia entomológica

Indicador	Numerador	Denominador	Constante	Interpretación
Índice de Dispersión	Número de localidades infestadas	Número de localidades investigadas	100	porcentaje de localidades infestadas con triatominos
Índice de Infestación	Número de casas infestadas	Número de casas investigadas	100	porcentaje de casas infestadas con triatominos
Índice de Colonización	Número de casas con ninfas de triatominos	Número de casas con triatominos	100	Porcentaje casas con ninfas de triatominos
Índice de Densidad	Número de triatominos capturados	No. de casas investigadas	-----	Cantidad de triatominos capturados
Índice de visitación	No. de triatominos capturados (adultos)	No. de casas investigadas	100	Porcentaje de triatominos adultos capturados.

#### Indicadores de Vigilancia y monitoreo de respuesta de los servicios.



Indicador	Numerador	Denominador	Constante	Interpretación
Porcentaje de diagnóstico y tratamiento oportuno	No. de casos con diagnóstico e inicio de tratamiento dentro de las 72 horas de detección.	No. total de casos positivos	100	Oportunidad de diagnóstico y tratamiento
Porcentaje de adherencia al tratamiento	No. de casos que completan esquema de tratamiento.	No. total de casos positivos	100	Indicador del cumplimiento de la prescripción.
Porcentaje de localidades rociadas	No. de localidades rociadas	Total de localidades	100	Cobertura de protección selectiva con rociado residual.

**10. Monitoreo y evaluación del sistema de vigilancia**

El monitoreo de la vigilancia se llevará a cabo por niveles, del coordinador municipal de salud al personal del puesto de salud, y del epidemiólogo de área al distrito; del departamento de vigilancia epidemiológica del CNE al área de salud con frecuencia mensual.

La evaluación del sistema de vigilancia se realizará cada dos años por el epidemiólogo de área en coordinación con el departamento de vigilancia epidemiológica del CNE con base en el protocolo específico

**11. Socialización de la información:**

La información será recolectada, procesada y analizada, según las circunstancias (mensual y anual) en los diferentes niveles de atención, incorporándola a la sala situacional, la cual será virtual, física y actualizada, en función de la complejidad y disponibilidad de recursos de cada nivel. La información se utilizará para la toma de decisiones con participación comunitaria

La difusión de la información tiene la finalidad de realimentar el sistema y se hará a través de los medios disponibles (correo electrónico, página Web, fax, boletines, etc.).



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

FICHA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA  
"ENFERMEDAD DE CHAGAS"

I. DATOS GENERALES

Fecha de llenado de la ficha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Masc.  Fem.   
Dirección: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Área de salud: \_\_\_\_\_  
Jefe de casa o persona responsable: \_\_\_\_\_

II. DATOS CLINICOS

Signos y/o Síntomas	SI	NO	No sabe
Fiebre			
Malestar generalizado			
Linfadenopatía			
Signo de Romaña			
Insuficiencia cardiaca			
Cardiomegalia			
Megaesófago			
Chagoma			
Miocarditis			
Megacolon			
Hepatomegalia			
Esplenomegalia			

Paciente embarazada: Si \_\_\_ No \_\_\_

• Fecha del 1er. síntoma: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ No sabe:

III. DATOS DE LABORATORIO

- Muestras Parasitológicas: Se realizó: SI  NO  Resultados: \_\_\_\_\_
- Muestras serológicas:
  - ELISA: fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, SI  NO  Resultado: \_\_\_\_\_
  - Prueba rápida (inmunocromatografía): fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, SI  NO  Resultado: \_\_\_\_\_
  - Aglutinación: fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, SI  NO  Resultado: \_\_\_\_\_

V. DATOS EPIDEMIOLOGICOS:

Es originario o residente de localidades endémicas: Chiquimula, Zacapa, Jalapa, Quiché, Santa Rosa, Alta Verapaz, Baja Verapaz, El Progreso, Huehuetenán o Jutiapa? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Antecedentes de Enfermedad de Chagas en su familia? Si \_\_\_ No \_\_\_ No sabe \_\_\_ si su respuesta es sí, quién? \_\_\_\_\_

¿Existen chinches picudas en su vivienda o alrededor de ella? Si \_\_\_ No \_\_\_

Nombre y cargo de la persona que informa: \_\_\_\_\_

7. PDM (第1版) (本文)

プロジェクト名: グアテマラ国シャーマーガス病対策プロジェクトフェーズ2 (持続的監視システムの構築)

期間: 3年間(2009年7月~2012年6月)

対象県: [Aグループ: 高リスク/高負荷] チキムラ県、ハラバ県、フティアバ県、サンタ・ロサ県

[Bグループ: 高リスク/低負荷] バハ・ペラパス県、エル・プログレンソ県、サカバ県

[Cグループ: 低リスク/低負荷] アルタ・ペラパス県、エル・キチエ県、ウエウエテナンゴ県

※上記グループはシャーマーガス病の感染リスク(家屋内生息率)と疾病による社会経済的負担(血清陽性率)のレベルに応じて分類したものである。この分類により、投入の選択と集中を図り、プロジェクトが保健センター・ポストレベルまで直接介入を行い、モニタリングを定点調査する保健センター・ポストの数を調整する。

ターゲットグループ: [直接裨益者] 厚生省本省、県保健管区事務所 [間接裨益者] 保健センター・ポスト、保健ボランティア、住民

・( )内は目標値

プロジェクト要約	指標*	指標入手手段	外部条件
<p><u>上位目標</u></p> <p>グアテマラにおいてシャーマーガス病の媒介虫による感染が中断する。</p>	<p>IPCA 目標年までに(2013年)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1-7歳児童の血清陽性率が低下する(≈0%)</li> <li>Td種サシガメ(以下、Td)の家屋内生息率が低下する(&lt;5%)</li> <li>Rp種サシガメ(以下、Rp)の生息村落数(0)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 国家シャーマーガス病対策計画(2008-2013)実施報告書</li> <li>2. 国家シャーマーガス病対策計画(2008-2013)実施報告書</li> <li>3. 国家シャーマーガス病対策計画(2008-2013)実施報告書</li> </ol>	<p>中米シャーマーガス病対策イニシアチブ(IPCA)の目標を達成するために、厚生省がシャーマーガス病の感染中断に対する政策的コミットメントを継続する。</p>
<p><u>プロジェクト目標</u></p> <p>対象県において、住民参加型シャーマーガス病監視システム(以下、監視システム)が強化される。</p>	<p>(プロジェクト終了までに)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 監視システムの普及率が増加する(XX%)</li> <li>2. 対象県において、監視システムのモニタリング・スーパービジョン(以下、M&amp;S)チェックリストの評価が基準値を越える(XX点)</li> <li>3. 受動的監視において、全年齢層の新規疑い例数が毎月報告される。</li> <li>4. 受動的監視において、RpおよびTdの捕獲頭数が毎月報告される。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. プロジェクト報告書</li> <li>2. プロジェクト報告書、チェックリストの評価分析</li> <li>3. 厚生省の昆虫学・疫学データベース</li> <li>4. 厚生省の昆虫学・疫学データベース</li> </ol>	<p>シャーマーガス病対策が継続して厚生省の優先事項となる。</p> <p>血清検査の質が低下、あるいは損なわれない。</p> <p>シャーマーガス病に関する診断・治療の質が厚生省のイニシアチブにより改善される。</p>

<p>成果</p>	<p>1. 監視システムの国家指針が開発される。</p>	<p>1-1. 国家指針が入手できる 1-2. 監視システムのオプション(案)集が入手できる 1-3. 監視システムの機能度査定とモニタリングのためのチェックリストが開発される 1-4. 監視システムの情報システムが設計される 1-5. 監視システム普及のための啓発・研修教材が開発される</p>	<p>1-1. 開発された国家指針 1-2. プロジェクト報告書 1-3. 開発されたチェックリスト 1-4. 設計された情報システム 1-5. 開発された啓発・研修教材</p>	<p>深刻な災害および他の感染症の大流行によりシヤ-ガス病対策の資源が限られる。</p>
<p>2.</p>	<p>シヤ-ガス病担当部局および県保健管区が、監視システムの戦略的な運営計画を策定する能力を十分に備える。</p>	<p>2-1. 監視システム強化のための年間計画が準備される</p>	<p>2-1. 年間計画、プロジェクト報告書</p>	
<p>3.</p>	<p>厚生省の全レベルが、監視システムの運営、M&amp;S を行う能力を十分に備える。</p>	<p>3-1. 全ての対象県保健管区において、厚生省関係者の理解度が基準値を越える。(XX点) 3-2. 監視システム下にある住民の KAP (知識・態度・行動)が向上する。 3-3. 各県保健管区において、シヤ-ガス病対策チームが形成され、明確な業務内容が割り当てられる。 3-4. 業務内容を遂行するために必要な研修が開催される 3-5. 厚生省本省による技術的巡回指導が少なくとも各対象県で年 1 回実施される。 3-6. 監視システムの月報が厚生省本省に提出される</p>	<p>3-1. 関係者への質問票・インタビュー 3-2. シヤ-ガス病の KAP 調査結果の比較 3-3. シヤ-ガス病対策チームの TOR 3-4. 研修実施報告書 3-5. プロジェクト報告書 3-6. 月報、厚生省の昆虫学・疫学データベース</p>	

<p><b>活動</b></p> <p>0-1 プロジェクトの詳細設計、モニタリング・評価に必要なデータを得るためにベースライン調査を行う②。</p> <p>0-2 上記0-1の結果に基づき、PDMで未決定となつている指標を設定する。</p> <p>(指針)</p> <p>1-1 既存の監視システムのプロトコルをレビューする。</p> <p>1-2 県保健管区の既存の監視活動をレビューし、妥当性と機能度を査定する。</p> <p>1-3 各県保健管区の協力を得て、監視システムのオブション(案)④を特定する。</p> <p>1-4 連絡報告の系統、報告様式、対応法選定基準、データベース等から構成される情報システムを設計する。</p> <p>1-5 監視システムのための簡便なM&amp;S チェックリスト④を作成する。</p> <p>1-6 上記1-3、1-4、1-5を国家指針に取りまとめる。</p> <p>1-7 各県保健管区の経験・知見に基づき、啓発・研修教材を開発する。</p> <p>1-8 プロトコル、指針、啓発・研修教材の普及するためのセミナーを開催する。</p> <p>(戦略的な運営計画)</p> <p>2-1 監視システム強化のための戦略的な運営計画の策定法について、県保健管区関係者を研修する。</p> <p>2-2 シャーガス病のリスク(家屋内生息率)と負荷(血清陽性率)のレベルに応じて、村落を分類する</p> <p>2-3 シャーガス病対策のフェーズ(アタックあるいはメンテナンス)に応じて、村落を分類する。</p> <p>2-4 監視システムの持続性を確保するために、住民参加(保健センター、保健ポスト、保健ボランティア)促進のためのインセンティブ付与の仕組みを作る。</p> <p>2-5 アタックフェーズが完了した村落から適切な監視システムのオブションを選択し、適用する。</p> <p>2-6 監視システムの年間運営計画を策定する。</p>	<p><b>グアテマラ側の投入</b></p> <p>&lt;人的投入&gt;</p> <p>カウンターパーハート</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>媒介虫対策課シャーガス病対策サブプログラム担当官</li> <li>媒介虫対策課医昆虫班長</li> <li>国立疫学センター媒介虫監視疫学官</li> <li>対象10県の県保健管区長</li> </ul> <p>その他の人材</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>県保健管区の疫学医、ETV コーディネーターおよび ETV 班、ISA(環境衛生調査官)と TSR(農村保健技官)のコーディネーター、統計担当官、看護師、健康教育担当官、リプロダクティブヘルス技術ユニット、サービスクラウドプログラム技術ユニット</li> <li>厚生省各保健センター、保健ポストの医師・看護師等</li> <li>保健ボランティア、殺虫剤散布員</li> </ul> <p>&lt;資機材&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>前プロジェクトで供与済みの機材(車両、殺虫剤散布器・スベアパーツ等)</li> <li>バイク</li> <li>殺虫剤</li> <li>殺虫剤散布器</li> <li>血清検査用キット</li> </ul> <p>&lt;施設&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>プロジェクト事務所および駐車スペース</li> </ul> <p>&lt;必要経費&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>車両・バイクの維持管理費・保険料・燃料代</li> <li>プロジェクト事務所の運営費(電気代、水道代、通信費)</li> <li>厚生省職員の出張旅費</li> </ul>	<p><b>日本側の投入</b></p> <p>&lt;人的投入&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>長期専門家2名: (i)チーフアドバイザー、(ii)業務調整/住民参加</li> <li>短期専門家: (i)昆虫学、(ii)疫学、(iii)保健情報システム、(iv)健康教育等</li> </ul> <p>&lt;資機材&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>プロジェクト車両</li> <li>バイク</li> <li>コンピュータ</li> <li>プロジェクト</li> <li>デジタルカメラ</li> <li>血清検査用キット</li> </ul> <p>&lt;必要経費&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>教材作成費</li> <li>研修・ワークショップ経費</li> <li>運転手・アシスタント備上費</li> </ul>	<p>プロジェクトにより研修を受けた厚生省関係者がシャーガス病対策に従事し続ける。</p> <p>シャーガス病リスク地域で、サービスクラウドプログラムを受託している NGO が監視システムの強化に参画する。</p>
---	---	---	---

<p>(運営、M&amp;S)</p> <p>3-1 各県保健管区において、県保健管区長、疫学医、ETV、健康教育担当官等から構成されるシャーマン病対策チームを形成する。</p> <p>3-2 シャーマン病対策チームの役割と責任(業務内容)を規定する。</p> <p>3-3 上記業務内容にしたがい、シャーマン病対策チームに対して研修(トレーナー研修とフィールド視察研修を含む)を行う。</p> <p>3-4 保健センター・保健ポストのスタッフ、保健ボランティアに対して、監視システムの研修を行う。</p> <p>3-5 サービス拡大プログラム下にある委託先 NGO に対し、監視システムへの参画促進活動を行う。</p> <p>3-6 保健センターと保健ポストが、(i)殺虫剤散布の判断基準となる Rp の捕獲を ETV に報告し、(ii)日常的に疑い例を病院にリファー/カウンターリファーする。(受動的監視)</p> <p>3-7 県保健管区が昆虫学のおよび疫学的調査を実施する。(能動的監視)</p> <p>3-8 上記 1-4 で設計された情報システムにしたがい、各県保健管区が厚生省本省に毎月、監視システムの報告を行う。</p> <p>3-9 上記 1-5 で作成したチェックリストを使用し、監視システムの M&amp;S を行う。</p> <p>3-10 根拠に基づいた意思決定を行うため、監視のデータを分析・活用し、結果を県保健管区と共有する。</p> <p>3-11 監視システムの年間報告書を発行・公表する。</p> <p>3-12 全関係者を招集し、年次国家セミナーを実施する。</p>		<p>前提条件</p> <p>対象県におけるコミュニケーションがプロジェクトに反対しない。</p> <p>関係機関がプロジェクトに協力する。</p>
--	--	--

【脚注】

- (1) サーマン病とレスポンスから構成されるシャーマン病対策の持続的システムであり、昆虫学と疫学の 2 つの連絡報告システムを統合して運営されるもの。監視システムは各対象村落における、(i)シャーマン病の感染リスク、(ii)シャーマン病による社会経済・社会文化・社会人口統計的な特性によりカスタマイズされる必要がある。
- (2) 原則として、各県保健管区のベースラインデータは 2 次データのレビューを通して収集する。データには、(i) Rp 生息村落数、(ii) Td 家屋内生息率、(iii) 7-14 歳児童の血清陽性率、(iv) 社会経済・社会文化・社会人口統計的な情報、(v) KAP 情報、(vi) PDM のその他の指標を含む。これらデータが入手不可能な場合は、昆虫学的調査、疫学的調査、KAP 調査を実施する。
- (3) 地域の特性と既存資源に適した、監視システムの簡便なオプション集。
- (4) 監視システムの機能度は、(i) 月報提出の適時性、(ii) 月報データの完全性、(iii) 月報データの精度、(iv) 住民参加レベルの測定により査定する。そのために設計されたチェックリスト。

