Universidad Nacional de Lanús
Departamento de Salud Comunitaria

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud
Cohorte 13 (2010-2012)

Tesis para la obtención del título de Magister

Título: “Consideraciones sobre la falta de cobertura para tratamiento de Chagas en el impenetrable Chaqueño”

Maestrando: Prof. Enrique H. Ríos.
Director: Dr. Eduardo L. Menéndez

INTEGRANTES DEL JURADO

Dra. Mariana Sanmartino

Dr. Juan Pablo Zabala

Mgr. Damián Herkovits

FECHA DE APROBACIÓN

16 /04/2016

CALIFICACIÓN:

9 (nueve)

A mi Madre, mi hermana Carmen y a mis amigos
Y amigas que hicieron que fluyera mejor mi vida
Mientras acontecía esto.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Mario Acuña, Fernando Copolillo y María Soledad Burrone por facilitar el trabajo que se realizó desde el Ministerio de Salud de La Nación en el impenetrable chaqueño. Agradezco a todos los trabajadores de la salud que se comprometieron en las campañas de tratamientos y a los funcionarios de la provincia del Chaco que acompañaron desde el primer día, entre quienes quiero mencionar a María Soledad Narvaez. También una mención especial al personal del laboratorio de Miraflores, cuya alteración de rutina de trabajo posibilitó todo lo demás, debo mencionar con nombre propio a la Dra. Irma Castro, cuya calidad técnica, experiencia, humanismo y disposición hicieron posible el trabajo y al enfermero Néstor Amarilla quién fue su ejecutor más tenaz y la bandera del compromiso del equipo de salud de Miraflores. Todos ellos le dieron una chance de mejor vida a cientos de chicos y adolescentes.

Agradezco, también, a Eduardo Menéndez cuya paciencia y generosidad intelectual aportaron mucho esta tesis y a todos aquellos que colaboraron con materiales, fuentes, bibliografía y consejos para poder realizarla.

RESUMEN

Esta tesis se propone explicar porque en la región del impenetrable Chaqueño hay una baja cobertura de tratamientos de Chagas. La hipótesis es que hay cierta lógica de trabajo de los equipos de salud que dificulta alcanzar ese objetivo. Para demostrar la hipótesis se realizó un estudio comparativo entre las campañas de tratamiento de dos municipios de la región: Misión Nueva Pompeya y Miraflores. En esta tesis, además, se hace una propuesta concreta de una estrategia superadora para afrontar el complejo problema de los tratamientos en una población con alta prevalencia para la enfermedad y con condiciones socio-económicas desfavorables.

PALABRAS CLAVE: Cobertura; Chagas; Estrategia

ABSTRACT

This Thesis aims to explain why in the impenetrable Chaqueño region there is low coverage of treatments for Chagas. The hypothesis is that there is same logic work of health teams it difficult to reach that goal. To prove the hypothesis a comparative study was conducted between treatment campaigns two municipalities in the region: Misión Nueva Pompeya and Miraflores. In this thesis, also a concrete proposal for an overcoming strategy is to confront the complex problem of treatment in a population with high prevalence for the disease and unfavorable socioeconomics conditions.

Key Words: Coverage; Chagas; Strategy.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1: Densidad de población de la provincia del Chaco.....	38
Figura 2: Población de 10 años y más analfabeta por departamento de Chaco.....	43
Figura 3: Hogares sin provisión de agua dentro de la vivienda por departamento, Chaco.	44
Figura 4: Ubicación de las comunidades aborígenes por departamento, Chaco.....	45
Figura 5: Frecuencia de casos agudos vectoriales de Chagas en Argentina.....	52
Figura 6: Pirámide de población quinquenal, Misión Nueva Pompeya.....	57
Figura 7: Pirámide de población quinquenal, Miraflores.....	57

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1: Comparación de Normativas y procedimientos estándar con la estrategia de trabajo de Miraflores.....	71
---	----

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1: Prevalencia serológica para la enfermedad de Chagas en Misión Nueva Pompeya, Chaco.....	21
Tabla 2: Prevalencia serológica en población Wichi y Criolla en áreas rurales y urbanas de Nueva Pompeya, Chaco.....	22
Tabla 3: Densidad de población por departamento en la provincia del Chaco.....	39
Tabla 4: Población total y variación intercensal absoluta y relativa por departamento. Provincia del Chaco.....	40
Tabla 5: Porcentaje de hogares con más de una Necesidad Básica Insatisfecha (NBI), según provincia. Total del país.....	41
Tabla 6: Recursos humanos en salud, existentes en la región del impenetrable Chaqueño en el año 2009.....	47
Tabla 7: Notificación Agrupada de determinaciones para eventos de Chagas crónico en estudios y a demanda en Misión Nueva Pompeya y Miraflores.....	55
Tabla 8: Condición de asistencia escolar. Miraflores, Misión Nueva Pompeya.....	58
Tabla 9: Sabe leer y escribir. Miraflores, Misión Nueva Pompeya. Chaco.....	59
Tabla 10: Utiliza computadora. Miraflores, Misión Nueva Pompeya. Chaco.....	60
Tabla 11: Condición de actividad. Miraflores, Misión Nueva Pompeya. Chaco.....	60
Tabla 12: Cantidad de personas por cuarto, porcentaje de hogares. Miraflores y Misión Nueva Pompeya.....	61
Tabla 13: Calidad de los materiales de la vivienda (CALMAT) Porcentaje de hogares. Miraflores y Misión Nueva Pompeya. Chaco.....	62
Tabla 14: Población indígena u originaria por área urbana o rural, según pueblo indígena u originario. Provincia del Chaco.....	82

Tabla 15: Comparación por etnia en relación a factores predisponentes de la enfermedad. Misión Nueva Pompeya, Chaco, Argentina.....	84
--	----

LISTADO DE ABREVIATURAS Y DE SIGLAS

APS: Atención Primaria de la Salud.

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

MNP: Misión Nueva Pompeya

MSN: Ministerio de Salud de La Nación

MSPCH: Ministerio de Salud de la Provincia del Chaco

NBI: Necesidades básicas insatisfechas.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

SIVILA: Sistema de Vigilancia Laboratorial.

TBC: Tuberculosis

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	13
1. 1 Definición de la enfermedad.....	13
1. 2 Definición del problema.....	13
1. 3 Hipótesis principal.....	15
1. 4 Justificación.....	16
1. 5 Objetivos generales y específicos.....	17
1. 6 Conceptos básicos.....	18
2. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO.....	20
2. 1 Antecedentes.....	20
2. 2 Marco teórico.....	30
3 MATERIAL Y MÉTODOS.....	34
4 MISIÓN NUEVA POMPEYA-MIRAFLORES UN ESTUDIO COMPARATIVO.....	37
4. 1 Chaco-Departamento Güemes.....	37
4.1.1 Demografía.....	37
4.1.2 Situación Socio-económica	41
4. 2 El impenetrable.....	46
4. 3 Misión Nueva Pompeya-Miraflores un estudio comparativo.....	51
4.3.1 Zona de alto riesgo.....	51
4.3.2 Comparación.....	53

5 DE LA RACIONALIDAD AUTOTÉLICA A LA ESTRATEGIA.....	67
5.1 <i>Miraflores</i>	67
5.2 <i>Sobre la racionalidad autotélica de los efectores de salud en el</i> <i>Impenetrable chaqueño</i>	75
6 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	80
6.1 <i>Una mirada a la comparación entre MNP y Miraflores</i>	80
6.2 <i>La cultura como factor de riesgo</i>	81
6.3 <i>Limitaciones</i>	87
6.4 <i>Conclusiones</i>	88
NOTAS.....	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97

1. INTRODUCCIÓN

1.1 *Definición de la enfermedad*

El Chagas es una enfermedad producida por el parásito unicelular *T. cruzi*. En los tejidos, el parásito se encuentra como amastigote, donde el flagelo está reducido o está ausente, pudiendo persistir en esta forma varios años. Dicho parásito, en la mayoría de los casos, ingresa al organismo a través de la picadura de un insecto hematófago conocido como “vinchuca”, que se encuentra infectado por dicho parásito. La transmisión vectorial es posible desde México hasta el sur de Argentina y Chile, que es el territorio donde se encuentra irregularmente el *Triatoma infestans*, nombre científico de la vinchuca.

Las formas no vectoriales de transmisión de la enfermedad son A) congénita, de madre a hijo durante el embarazo, B) por la vía transfusional, medio muy inusual gracias al control obligatorio que se establece en los bancos de sangre a transfundir. C) Por el trasplante de órganos. D) Ingesta del parásito, hecho que se puede dar al ingerir alimentos que contengan heces de *triatoma infestans*. E) Accidentes de laboratorio.ⁱ De manera general se considera que la infección chagásica tiene dos fases: una aguda y una crónica. La fase crónica inicia cuando la parasitemia ya no puede detectarse por métodos parasitológicos directos por concentración (Gota fresca, micrométodos de capilares y de tubo, strout) y en su lugar se utilizan métodos serológicos para diagnosticarse la infección.

Aproximadamente el 30% de las personas con el parásito presentan lesiones en el corazón, en el aparato digestivo o el sistema nervioso que pueden llevar a producir discapacidad o la muerte, quienes quedan por fuera de ese porcentaje pueden vivir toda una vida sin que se detecte daño orgánico causado por el parásito. Por este motivo se habla de Chagas crónico con o sin patología demostrada.

1.2 *Definición del problema*

El Chagas es la principal enfermedad endémica de la Argentina. Si bien actualmente es difícil calcular el universo total de población infectada en el país, en 1993 mediante indicadores indirectos como los bancos de sangre, la seroprevalencia en embarazadas y los análisis a

los ingresantes al servicio militar (por aquel entonces obligatorio) se calculaba, por lo menos, en 2 o 2,5 millones de infectados en la Argentina (Segura: 2001) A su vez, se estimaba en el 2002 en 600 mil personas las afectadas con manifestaciones clínicas de la enfermedad (Storino/ Jörg: 2002), los cuales tienen lesiones que les provocará distintos grados de discapacidad o les implicará la muerte.

En la Argentina siete provincias siguen siendo de alto riesgo de transmisión y otras siete de mediano riesgo. Toda la región del “Gran Chaco” sigue teniendo infestación intradomiciliaria del vector de la enfermedad. En el año 2008 se calculó en 4,7% la prevalencia nacional de la enfermedad, sin embargo este dato es conservador ya que no se contaba con datos de la provincia de Formosa que, si tenemos en cuenta la prevalencia en los bancos de sangre para el mismo año, es la tercera más afectada del país (fuente: red de laboratorios de Chagas 2010, Ministerio de Salud de La Nación) Además que la evolución de la notificación en los laboratorios ha demostrado que existe un importante margen de subregistro, el SIVILA (Sistema de Vigilancia Laboratorial) encontró que entre el 2008 y el 2009 mejoró en un 241% la notificación de la enfermedad en embarazadas (informe presentado por el Dr. Carlos Giovacchini en Reunión la Nacional de Programas de Chagas, Córdoba, abril del 2010)

En junio del 2013 el Programa Nacional de Chagas presentóⁱⁱ los datos epidemiológicos básicos de Chagas del año 2012. La prevalencia nacional de serologías positivas para menores de 15 años es de 2,1%, en el 2006 era del 2,5%. En el caso de las embarazadas la seroprevalencia descendió del 4,3% al 3,2% entre el 2006 y el 2012. Este último indicador no muestra necesariamente mejoras recientes sino las acumuladas de las últimas décadas. Algunas provincias tienen una seroprevalencia superior en embarazadas, entre ellas se destaca, con el porcentaje mayor, la provincia de Chaco: 11,85%.

La problemática de la enfermedad de Chagas tiene distintos niveles. No solo hay problemas en el control del vector (y la subsiguiente transmisión vectorial) y en la detección o el diagnóstico oportuno. Tal vez el más significativo de los pasivos sea el abismo que hay entre los pacientes efectivamente diagnosticados, los estimados y los tratamientos realizados. La Normativa nacional recomienda el tratamiento en menores de 15 años, en cualquier edad en la fase aguda de la enfermedad (primoinfección) y evaluarlo en el caso de los pacientes crónicos. En el año 2006 (fuente: Coordinación Nacional de Vectores Córdoba, Reunión Nacional de Chagas 4-2010) se estimaba en 41,21% la cobertura nacional de tratamiento de

menores de 15 años, de un total de 800 casos detectados, es decir, baja cobertura para lo que de por sí es un universo pequeño teniendo en cuenta las estimaciones de prevalencia nacional de la infección. Solo en el 2009 el SIVILA ha registrado 4.460 embarazadas positivas, por ende, no solo hay una enorme brecha entre cualquier estimación de prevalencia de la enfermedad en la Argentina y los tratamientos que efectivamente se realizan, sino también entre estos y los diagnósticos que posee el sistema de salud.

A pesar de que Chaco es junto a Santiago del Estero y Formosa, una de las provincias con mayor prevalencia de la enfermedad de Chagas en la población, la cantidad de tratamientos para esta enfermedad que se realizan anualmente es muy exigua históricamente. En el período 2003-2006 fue de solamente el 9,8% de cobertura para la franja etaria de 1 a 14 años en esta provincia, siendo la segunda peor del paísⁱⁱⁱ. Esta tesis se centra en desentrañar los motivos de este fracaso sanitario en una región de la provincia: el impenetrable chaqueño, de lo que parece ser un problema bastante generalizado en la Argentina.

El impenetrable Chaqueño está ubicado en el noroeste de la provincia de Chaco, limita con Salta y Santiago del Estero tiene un clima semi-tropical continental y recibió su nombre debido a lo que era un bosque nativo tupido. Se caracterizará en más detalle esta región de la Argentina en el capítulo III. El objetivo general de esta tesis es explicar los motivos por los que en esta región el sistema de salud de la Provincia de Chaco no puede brindar cobertura^{iv} adecuada de tratamientos para la población afectada de la infección de Chagas específicamente en menores de 15 años y proponer una estrategia de abordaje del problema diferente desde el primer nivel de atención y los programas de control de la enfermedad basada en los procesos de trabajo de los equipos de salud. ¿Por qué este objetivo? Porque la enfermedad de Chagas es uno de los principales problemas sanitarios del país e históricamente las políticas públicas se han centrado en el “control del vector” y no han dado mayor respuesta para los cientos de miles de personas infectadas. El problema de los tratamientos fue históricamente reducido a problemas de tamizaje, de técnicas de diagnóstico o de conocimiento de los médicos, sin negar estos puntos, en esta tesis apunto a demostrar que el problema más complejo y determinante es otro.

1.3 Hipótesis principal

En esta tesis pretendo establecer que un factor importante para explicar la falta de cobertura de tratamientos para Chagas en el impenetrable chaqueño se debe fundamentalmente a la estructura de funcionamiento de los efectores de primer nivel atención (derivada de sus procesos de trabajo) que ha demostrado ser ineficiente para afrontar este problema específico de la enfermedad de Chagas. ¿A qué se hace referencia con este funcionamiento? Desgloso el mismo en las siguientes características:

A: Efectores preparados para recibir demanda espontánea-pacientes individuales al azar y someramente estimados en base a la repetición de las estadísticas anuales pretéritas.

B: Capacidad de respuesta pensada como cobertura de horarios frente a la posible demanda espontánea y prácticas adecuadas frente a esta demanda.

C: Evaluación de desempeño individual del personal de salud por horarios y por sus funciones y prácticas parcializadas. División del trabajo en torno a las prácticas y especialidades no a estrategias de abordaje de los problemas sanitarios de la población.

D; Un principio ordenador centrado en la racionalidad interna del efector y una ausencia de apertura a la realidad del contexto poblacional. Este principio implica que la población debe adaptarse al efector de salud y nunca viceversa.

Estos principios se podrían resumir como una racionalidad “autotélica” donde el efector y su funcionamiento es su propio fin, es autosuficiente y se fundamenta en la corrección de sus prácticas sobre pacientes individuales y no sobre la cobertura efectiva de una población que le es externa y extraña. Considero que este problema se puede resumir como un problema de procesos de trabajo. Para dar sustento a esta hipótesis se realizará un estudio comparativo de dos casos de campañas de tratamientos para menores de 15 años en el impenetrable chaqueño entre los años 2006-2010 que obtuvieron resultados muy dispares: Misión Nueva Pompeya y Miraflores.

1.4 Justificación

¿Por qué?: La enfermedad de Chagas es uno de los principales problemas sanitarios del país e históricamente las políticas públicas se han centrado en el “control del vector” y no han dado mayor respuesta para los millones de personas infectadas. El problema de los tratamientos fue históricamente reducido a problemas de tamizaje, de técnicas de diagnóstico o de conocimiento de los médicos, sin negar la importancia de estos puntos, en esta tesis apunto a demostrar que en ciertos contextos el problema es más complejo y el factor determinante es otro.

¿Para qué?: Para influir en los responsables de programas de control de la enfermedad y en los equipos de salud abocados a brindar cobertura para el tratamiento de la misma, en cómo se entiende y se enfoca el problema, para plantearlo como un problema de gestión y de procesos de trabajo del equipo de salud y de una forma en la que los programas provinciales y nacionales pueden influir decisivamente.

1.5 Objetivos Generales y Específicos

A Describir y analizar las causas por los que el sistema de salud de la Provincia de Chaco no brinda cobertura adecuada de tratamientos para la población de menores de 15 años de edad afectada de la infección de Chagas en la región del “impenetrable”

A.1. Describir y analizar la racionalidad de algunos supuestos respecto de la organización de los efectores de atención del primer nivel en la provincia del Chaco.

A.2. Analizar por los resultados en terreno la eficacia de la centralidad que se le ha dado al médico desde los programas nacionales en desmedro del resto del equipo de salud en el control de los tratamientos.

A.3: Replantear la forma de evaluación que actualmente se hace desde el sistema de salud a los equipos de salud.

A.4. Describir y analizar la importancia de un abordaje estratégico del equipo de salud hacia la población.

B. Proponer una estrategia de abordaje del problema diferente desde el primer nivel de atención y los programas de control de la enfermedad basada en la supervisión matricial, capacitación en servicio y reorganización de las redes de efectores del primer nivel de atención.

B.1. Describir y analizar diferentes tipos de campañas aplicadas en el primer nivel de atención del impenetrable Chaqueño, para observar las eficacias diferenciales de las mismas.

B.2. Ejemplificar la eficacia de la capacitación en servicio y la supervisión matricial en contraposición a la capacitación tradicional.

B.3. Demostrar como los cambios en organizacionales y de funcionamiento del equipo de salud son determinantes para obtener mejores resultados en la cobertura de tratamientos de Chagas en el primer nivel de atención.

B.4. Debatir cuanto influye en la problemática definida por esta tesis la “cultura” de las comunidades indígenas afectadas.

1.6 Conceptos Básicos

1: Estrategia: es un cálculo intuitivo de acciones a realizar para llegar a un determinado fin, partiendo del supuesto que tendrá que reconfigurarse constantemente debido al azar, cálculos errados o por acciones realizadas por otros agentes que afectan las propias. Un abordaje estratégico es asumir que el problema que se confronta es complejo, indefinido (no se posee toda la información al respecto) y que el accionar para abordarlo tendrá que variar debido a lo impredecible, la información nueva y el hecho de trabajar con otros agentes que tienen sus propios planes y estrategias, por ende, lo crucial en un abordaje estratégico es tener la plasticidad para afrontar los ajustes necesarios sobre la marcha.

2: Cobertura: Cómo define la OMS “El objetivo de la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos”^v.

3: Racionalidad Autotélica: Cuando los principios de ordenamiento de una organización son su propio fin, cuando sus prácticas son evaluadas por criterios de funcionamiento interno sin referencia a una exterioridad que se desconoce.

4: Capacitación en Servicio: Es una capacitación *in situ* basada en el contexto real de un efector de salud, no solo en el perfeccionamiento en prácticas técnicas mediante el ejemplo, sino también de la refuncionalización de la gestión y organización de la institución en base a una estrategia de abordaje de la población y sus problemas conocidos y a conocer.

5: Efectores de salud: organizaciones de diferentes niveles de complejidad que abordan desde el enfoque predominantemente biomédico el proceso de salud-enfermedad-atención. Estos son: postas sanitarias, centros de atención primaria, hospitales, geriátricos, etc. En la tesis se hace referencia fundamentalmente a los centros de atención primaria y hospitales rurales de baja complejidad.

2. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Una búsqueda bibliográfica por medio de motores de búsqueda relevantes para la temática de esta tesis arroja los siguientes resultados^{vi}

Pubmed: 29 artículos (con la siguiente lógica de búsqueda: "chagas disease"[MeSH Terms] AND "coverage"[All Fields]) es decir, luego de combinar el término MeSH “Enfermedad de Chagas” con “coverage” que es el mejor término encontrado en inglés para expresar la idea de cobertura sanitaria.

Otra búsqueda en el mismo buscador pero enfocada al tema de Chagas en Chaco ("chagas disease"[MeSH Terms] AND "Chaco"[All Fields]) arroja el resultado de 73 artículos.

Redalyc: No fue necesario realizar una búsqueda con conectores booleanos, dado que su base de revistas es mucho menor a la de Pubmed, con una búsqueda simple a partir del término Chagas se consiguió como resultado 128 artículos.

Scielo: En este buscador combinando los términos “Chagas” y “cobertura” arroja un resultado de 28 artículos. La combinación de Chagas y Chaco deja como resultado 19 artículos.

La lectura de todos los resúmenes de los artículos encontrados deja en claro que el tema elegido para esta tesis es muy infrecuente. El grueso de los artículos tiene un enfoque biomédico. En inglés la gran mayoría refieren a aspectos bioquímicos del vector, de los insecticidas o a la eficacia de diversos tratamientos o diagnósticos. Los escasos textos que refieren al tema de esta tesis fueron escritos por autores latinoamericanos.

Los antecedentes relevantes para esta tesis que se consiguen con la mencionada búsqueda se pueden dividir en dos tipos: uno, los antecedentes empíricos de investigaciones realizadas en la región de interés de este estudio sobre la enfermedad de Chagas. El segundo tipo de antecedentes son los que plantean en otros lugares o en abstracto el mismo problema que esta tesis.

Del primer tipo de antecedentes hay trabajos de los últimos diez años vinculados a la prevalencia de la enfermedad en la población. Estos son importantes porque establecen el contexto epidemiológico de esta tesis y fundamentan el estudio comparativo que se realiza entre el municipio de Misión Nueva Pompeya y Miraflores en la tesis.

El más reciente y sólido trabajo de investigación que representa el primer tipo de antecedentes, "Chagas disease: serological and electrocardiographic studies in Wichi and Creole communities of Misión Nueva Pompeya"^{vii}, estudia la prevalencia de la infección chagásica (y su perfil electrocardiográfico) en Misión Nueva Pompeya, uno de los municipios más aislados del impenetrable, y a su vez, un municipio de interés para esta tesis. Esta investigación establece, entre otros datos, que la población adulta del municipio tiene una alarmante prevalencia del 67%. Prevalencia que es superior en la población Wichi (71%) que en la Criolla (62%). En ambos grupos la prevalencia de la enfermedad es más de 10 veces la nacional, anotan los investigadores, sin dudas disimulando su estupefacción por cuestiones de formalidades científicas.

Tabla Número 1: Prevalencia serológica para la enfermedad de Chagas en Misión Nueva Pompeya, Chaco, Argentina (2007)

Grupo Étnico	Casos N	Positivos n (%)
Wichi	367	261 (71.1)
Criollo	232	144 (62.1)
Total	599	405 (67.6)

odds ratio Wichi vs. Creole 1.5 (1.05-2.16)

p < 0.027.

Fuente: Moretti et al. (2010)

Los investigadores establecen como principal causa de la presencia de la enfermedad al hábitat rural y no a la etnia. Algo que podemos apreciar en parte en el siguiente cuadro:

Tabla Número 2: Prevalencia serológica en población Wichi y Criolla en áreas rurales y urbanas de Nueva Pompeya, Chaco, Argentina. Año 2007

Ethnic group	Wichi (<i>a</i>)		Criollos (<i>b</i>)	
	Casos	Positivos	Casos	Positivos
nn (%)	n	n (%)		
Urban	62	40	128	71
área		(64.5)		(55.5)
Rural	235	180	82	61
área		(76.6)		(74.3)

a: odds ratio (OR) 1.77 (0.90-3.47) $p < 0.1$ (no significativo);

b: OR 2.25 (1.15-4.42) $p < 0.016$.

Fuente Moretti et al. (2010)

La diferencia, apuntan los autores, entre la prevalencia de la enfermedad en áreas rurales y urbanas es más marcada entre los criollos que los Wichis, pero esto se debería a que los barrios de la comunidad Wichi en el ejido urbano son más recientes (y periféricos, agrego) Los adultos Wichi habrían contraído la enfermedad mayormente antes de migrar de las zonas rurales. Esta hipótesis encaja con otros datos relevados en la investigación: La tasa de infección se incrementa un 50% a partir de los 20 años de edad de los pobladores y la diferencia entre la prevalencia entre los niños de áreas urbanas y de la rurales es muy marcada (4,6% vs 29,5%).

Los datos de prevalencia de la investigación de Moretti et al (2010) coinciden con otras investigaciones que se hicieron en la región del impenetrable. Otro estudio publicado sobre este tema en la región, el de Biancardi^{viii} (2003) y otros investigadores, realiza un estudio transversal para establecer la seroprevalencia de la enfermedad de Chagas en las zonas

rurales del impenetrable chaqueño encontrando que entre los mayores de quince años era de nada menos que 53.20 % y en los menores de un 45,83%.

Si a los datos sanitarios, de las mencionadas investigaciones y de observaciones en terreno le sumáramos la historia, probablemente encontraríamos que un legado de desigualdad, explotación y marginación es el trazo sobre el que se dibuja la huella epidemiológica de la enfermedad. Hecho que no solo afecta a los Wichis (repasemos las cifras antes mencionadas) sino también y de forma bastante simétrica a los criollos que están descentrados de las zonas más privilegiadas, de los recursos. La segregación espacial (Que es mayormente socio-económica) da una buena medida del riesgo en Chagas.

Se puede comparar la información que se posee del impenetrable chaqueño con la que se tiene de una región de características similares a la de interés para esta tesis en la provincia de Formosa. El artículo: "Transmisión vectorial y congénita del *Trypanosoma cruzi* en Las Lomitas, Formosa"^{ix} muestra un panorama epidemiológico similar que nos permite entender en el contexto del Gran Chaco la problemática de Chagas. Lo interesante de este artículo es que brinda parte de los resultados de una investigación que combina un estudio descriptivo poblacional transversal con un estudio etnográfico. El artículo dedicado específicamente a la investigación etnográfica lo tomaremos en el apartado "discusión" de la tesis. Los datos descriptivos poblacionales son de la localidad de Las Lomitas, departamento Patiño, y muestran el mismo panorama preocupante que vimos para Misión Nueva Pompeya, aunque con números inferiores: La infestación domiciliar alcanza el 32%, la prevalencia total de la infección en la población es del 17,5%, los donantes del hospital local tienen una tasa de prevalencia de la infección del 18,6%, en embarazadas es de 29,1%, la tasa de control de Chagas congénito es de un 72,6% y la mediana del tiempo transcurrido para realizar el control en los recién nacido es de 2 días. Aclaremos que el control del recién nacido de madre infectada es más fácil que el control del tratamiento por la oportunidad facilitada del chico institucionalizado y porque es una práctica que insume mucho menos tiempo que el tratamiento. La tasa de infección congénita encontrada es del 13,3% (por diagnóstico parasitológico al nacer y serología posterior a los 8 meses) que es superior a la encontrada en otros lugares de la argentina, los autores consideran que esto se debería a al seguimiento efectivo que se hace a los hijos de embarazadas infectadas hasta después de los 8 meses, algo que no sucede en otros lugares, por ende, tendríamos cifras que subvalorarían el peso de la transmisión congénita de la enfermedad. La investigación también encontró que la prevalencia de infección en la población de etnia Wichi es superior a la de la población Pilagá,

tanto en zonas rurales como urbanas de Las lomas. La publicación, que es más descriptiva que analítica, no busca explicar esto, si el artículo etnográfico que la complementa, que se trabajará en otro apartado.

Otro artículo que aborda el tema Chagas en la provincia del Chaco, pero desde otro enfoque, que no deja de ser significativo para esta tesis, es: “Conocimientos y actitudes en relación a la enfermedad de Chagas en la población de Avia Terai, Provincia del Chaco”^x. A partir de un estudio de corte transversal cuantitativo se explora en el conocimiento básico que tiene la población de la enfermedad de Chagas. Estos conocimientos son sobre el vector: Reconocimiento, signos de presencia, hábitat de reposo, identificación de la vivienda de riesgo, afectación al humano, etc. La enfermedad: Identifica que transfiere la enfermedad, reconoce la posibilidad de afectación cardíaca, conoce la existencia de tratamiento etc. La transmisión: Existen vectores no infectados, proceso de transmisión, conoce la transmisión congénita. Estos conocimientos son analizados en relación a las variables sexo, edad, si convive con personas con Chagas y nivel de escolaridad. En el texto se toma nota de que el 23,8% de los hogares encuestados tiene una persona infectada con la enfermedad, lo cual, si bien no es el objetivo primario establecer la prevalencia de la enfermedad en la región estudiada, muestra un fresco de la situación epidemiológica de Avia Terai.

Los autores señalan que, en concordancia con otras investigaciones internacionales, hay un mayor conocimiento del vector y la enfermedad que sobre la forma de transmisión, siendo preocupante el desconocimiento de la forma vertical de transmisión de la enfermedad (13% de la muestra). Aunque no se trate de una cifra alta, también les llama la atención a los investigadores que un porcentaje significativo (26%) de la población desconoce la existencia de tratamiento para la enfermedad.

Es valioso que en este trabajo se cuantifique lo que varios trabajadores e investigadores de campo intuían cualitativamente para regiones similares. Se abordará luego en más detalle el tema del conocimiento de la población de la enfermedad en los municipios de interés para esta tesis, pero hasta aquí hay que adelantar que no hay relación entre el desconocimiento de la población con los resultados sanitarios en relación a la cobertura de tratamiento de la enfermedad, siendo estos muy inferiores. Como se verá, en la región del impenetrable para la época que abarca esta tesis, la cobertura no llegaba ni al 5% de la población recomendada para el tratamiento, lo cual pone en entredicho la idea de que

el problema esencial sería la falta de conocimiento de la población de la existencia de tratamiento.

Los resultados que muestra el artículo mencionado, difieren de los resultados del estudio más representativo sobre el tema que se había realizado anteriormente en el país: “Conocimientos sobre la enfermedad de Chagas y factores de riesgo en comunidades epidemiológicamente diferentes de Argentina”^{xi} de Mariana Sanmartino y Liliana Crocco. El estudio se realizó en dos departamentos en Córdoba y La Pampa, ambos con una alta incidencia de la enfermedad en el momento del estudio. Fueron encuestados los docentes, alumnos mayores de 10 años y jefes de familia de esas comunidades rurales. Se hizo un score en base a lo que se consideraba como nivel óptimo de conocimiento de la enfermedad: Reconocimiento de vinchucas adultas, reconocimiento de ninfas, las vinchucas se alimentan de sangre, las vinchucas pican cuando el huésped está en reposo, etc. Curiosamente no se evaluó conocimiento específico sobre el tratamiento en la investigación. En aquella ocasión las investigadoras encontraron que el conocimiento sobre la enfermedad de Chagas era significativamente deficiente en ambos departamentos. Sin embargo, no se puede realizar una comparación muy sólida entre ambos artículos ya que entre ambos hay una década de diferencia, a su vez fueron realizados en provincias diferentes y, lo más determinante, tienen herramientas de medición diferentes.

B.) El segundo tipo de antecedentes es más nutrido pero inespecífico. Entre estos, dedicado a la falta de la cobertura para tratamiento de Chagas solo encontré uno, todos los demás textos se enfocan en el desafío de establecer un sistema de vigilancia vectorial. Si tenemos en cuenta artículos más inespecíficos (Vinculados a problemas de cobertura en general o de otras enfermedades entre las cuales se puede establecer analogías con el Chagas, especialmente tuberculosis) este tipo de antecedentes suman una treintena en la literatura en español e inglés. Como estos artículos terminan solapándose entre sí, siendo en buena medida redundantes voy a centrarme en uno publicado recientemente en la Argentina que discute con la literatura (y la resume bien) a partir de una investigación empírica sobre la falta de cobertura de tratamientos supervisados en pacientes con tuberculosis. Artículo que permite establecer definiciones sobre esta tesis.

El trabajo específico al tema de esta tesis es el de Cynthia Spillmann y Miriam Martín García: Cobertura de tratamiento etiológico para la infección por *Trypanosoma cruzi*, en niños menores de 15 años en la república argentina. Período 2003-2006. En este artículo las

autoras abordan un tema prácticamente no trabajado en las investigaciones sobre la enfermedad que es el de la cobertura que ofrece el sistema de salud para los tratamientos de la enfermedad. El estudio muestra en números que hay una marcada dificultad para brindar cobertura incluso en la población objetivo por excelencia del Chagas. Las autoras señalan que la cobertura es heterogénea en las provincias, pero claramente insuficiente. En el período 2003-2006 se detectaron 4549 chicos de 1 a 14 años con serologías positivas en estudios poblacionales y sólo se trataron 1526, es decir el 33,55%. Para el período, la provincia del Chaco solo contaba con el 9,68% de cobertura de tratamiento para los menores de esta franja etaria con serologías positivas, siendo superada en esta falta de cobertura para el mencionado período solo por Santiago del Estero con un 4,51%. Lo cual da un contexto al tema de esta tesis.

Las autoras, en sus conclusiones, no podían decirlo en palabras más adecuadas para el objetivo de esta investigación: “Consideramos que los resultados preliminares que aporta este trabajo, en donde el déficit de la cobertura de tratamiento es tan importante, amerita un estudio analítico a fin de identificar las causas que dificultan la accesibilidad al tratamiento etiológico para la infección por *T. cruzi*, y definir así estrategias tendientes a solucionar los problemas detectados.” Hacia el final del artículo se arriesgan una serie de hipótesis que son interesantes ya que eran en buena medida los presupuestos que guiaron la campaña de tratamientos de detección y tratamiento de Misión Nueva Pompeya en el año 2007 por parte del Programa Federal de Chagas del MSN, no por tomarlos de aquí sino porque son situaciones que suelen intuirse en la práctica y afirmaciones que se reiteran entre las personas que trabajan e investigan en el tema. Simplificando estas hipótesis son las siguientes: Baja adhesión de los profesionales médicos al tratamiento, deficiente articulación entre los diferentes actores involucrados en el diagnóstico, confirmación y tratamiento etiológico, recambio constante del personal de salud lo que conllevaría a una pérdida en los conocimientos adquiridos, Baja adhesión al tratamiento de los pacientes infectados y/ o de sus familiares debido a la escasa visibilidad del daño que provoca la enfermedad, la falta de formulaciones pediátricas de las drogas para el tratamiento, la falta de estrategias adecuadas de información, educación y comunicación, por último, ineficientes sistemas de información y de sistemas de referencia y contra referencias.

Excepto la dificultad que implicaba no tener las formulaciones pediátricas de la enfermedad el resto de los problemas que explicarían la poca cobertura de tratamientos serían básicamente problemas de conocimiento según las investigadoras. Conocimiento de los

médicos, de los padres, entre los integrantes del equipo de salud, de la población, de sistemas de información y de los niveles del sistema de salud, etc. Si bien es probable que estos desconocimientos influyan en el problema, considero que no son determinantes, al menos los pondré en entredicho cuando se analice la campaña de tratamientos de Misión Nueva Pompeya en comparación con la de Miraflores.

Otro antecedente significativo para esta tesis es el trabajo Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Si bien el artículo aborda una enfermedad infecciosa diferente, el problema es muy similar, la falta de adherencia es el anverso de la falta de cobertura, solo que la segunda forma de plantear el problema tiene más implícita la responsabilidad del sistema de salud. Sin profundizar demasiado hay que decir que la tuberculosis comparte muchos elementos con la enfermedad de Chagas. Es abordable esencialmente en el primer nivel, tiene un tratamiento de tiempo acotado (6 meses TBC, 2 meses Chagas), generalmente afecta a una población marginal o de pocos recursos, no es prioritaria en general para los equipos de salud y suele tener una importante pérdida de adherencia durante el tratamiento.

Las autoras señalan, luego de un análisis estadístico de encuestas realizadas a pacientes que adhirieron y no adhirieron al tratamiento, que los pacientes en condiciones de pobreza y de dificultad de acceso al sistema de salud tienen un mayor riesgo de no adherencia al tratamiento. El trabajo es metodológicamente sólido y brinda un aporte claro a la problemática de cobertura de tratamiento para TBC y considero que, dadas las coincidencias señaladas en el párrafo anterior, también aporta al estudio de los problemas de cobertura de la enfermedad de Chagas. Un estudio similar aplicado a la enfermedad transmitida por el T. infestans probablemente encontraría simétricos factores de riesgo para la pérdida de adherencia al tratamiento de la enfermedad. La diferencia de esta tesis con este trabajo es esencialmente teórica, como se podrá apreciar en el siguiente apartado, más allá de las evidentes diferencias metodológicas.

Uno de los textos que brindan un panorama general de la enfermedad, los esfuerzos por erradicarla y su evolución en la Argentina, es sin dudas el de Elsa Segura: *El control de la Enfermedad de Chagas en la Argentina*^{xii}. Si bien en los últimos 30 años se puede ver un claro declive en la prevalencia de la enfermedad, que es hacia donde apunta el texto de Segura, se ha llegado a un amesetamiento en los avances del control de la misma en las regiones de alto riesgo. Un indicador de esto es la evolución histórica del porcentaje de serologías positivas

en la población de jóvenes conscriptos que entraban en el servicio militar hasta que se suspendió la ley de servicio militar obligatorio en 1994. En el período 1965-69, la seroprevalencia total en el país en conscriptos era del 10,1%; en el año 1981 era del 5,8% y en 1993 del 1,9 %. La población de conscriptos siempre se la tomó como una muestra de una tendencia general de la población aunque representativa de la franja etaria de los jóvenes de 20 y 18 años respectivamente (según las épocas cambiaba la edad del alistamiento obligatorio) Aunque el descenso es claro y pronunciado en todas las provincias hay algunos datos que llaman la atención, primero, en Chaco se pasa de un 21,7 % en el período 1965-69 a un 30,6% en 1981, mostrando un salto en la prevalencia que junto a Catamarca y Formosa va a contramano de la tendencia general (Fuente Elsa Segura: 2001). En el último dato que se conoce de este tipo de muestra poblacional, el del año 1993, Chaco poseía una prevalencia del 13,5%. El dato de la prevalencia provincial en embarazadas en el año 2012 es del 11,83%^{xiii}, es decir que en la provincia no hubo avances significativos desde 1993.

El declive histórico de la prevalencia nacional de la enfermedad coincide con la construcción de los primeros programas nacionales de control de la enfermedad y la sistematización de los controles de la sangre a transfundir. El primer programa nacional de control de Chagas comenzó a funcionar en 1961, en el año 1958 se diagnosticaron dos casos de infección aguda por transfusión en el hospital Ricardo Gutiérrez de la ciudad de Buenos Aires comenzando en este hospital y luego en todo el país el control de los bancos de sangre. Sin embargo, no parece ser tan lineal la evolución del control de los bancos de sangre, embarazadas y del vector con el descenso de la prevalencia de la enfermedad. No hay dudas que todo esto influenció claramente, pero si uno analiza los datos que brinda Elsa Segura (2001:60) para sostener esa hipótesis en relación al control químico de la vivienda, se dará cuenta que no coinciden con certeza. Desde el período 1978-1981, en que se llegó a rociar 300 mil viviendas para controlar el vector de la enfermedad, se produjo una baja notable en el rociado de viviendas por año que abarcó toda la década del 80 y que recién tuvo un leve repunte hacia 1992 con 120 mil viviendas rociadas. Sin embargo, hubo un descenso de la seroprevalencia en conscriptos, como vimos, nacionalmente del 5,8% al 1,9% en ese período, respetando el ritmo de descenso que venía sucediendo desde fines de los 60. Hay que aclarar que la vivienda fumigada no es una “vivienda curada”, las viviendas deben entrar en lo que se conoce como “fase de vigilancia”, que los manuales entienden como luego de dos fumigaciones con aproximadamente seis meses de diferencia. Esta fase implica una vigilancia activa basada en el control entomológico de las viviendas para fumigar rápidamente las

viviendas que se vayan re-infestando y de esta manera evitar que una zona vuelva a ser de alto riesgo de transmisión de la enfermedad. Por ende, el control vectorial de una región nunca se termina mientras exista el vector en el ecosistema. La misma Elsa Segura (2001: 61) afirma que no había un sistema de vigilancia entomológica (De hecho, nunca se instituyó uno nacionalmente) Es muy probable que el factor que no se reconoce en esta historia sea la urbanización y el retroceso del espacio ecológico conocido como “monte chaqueño”, cuya influencia es difícil de aislar cuantitativamente, pero fácil de imaginar teóricamente.

Hay algo muy característico en la literatura científica vinculada a la problemática del Chagas y es el reclamo de un enfoque interdisciplinario y multicausal en las políticas, estrategias de abordaje y en el análisis de las causas de la persistencia de la enfermedad. El artículo “La enfermedad de Chagas como rezago en salud”^{xiv} escrito por investigadoras mexicanas es un claro ejemplo de esta postura, ellas mismas un equipo interdisciplinario, reclaman que se vire hacia un paradigma “médico-social” que haga énfasis en una prevención integral desde el diagnóstico hasta la rehabilitación. El artículo, del año 2011, es más bien de tono programático, pero lo destaco como un ejemplo más de como la integración interdisciplinaria sigue siendo más un horizonte que una realidad en el abordaje de esta problemática. Probablemente el hecho de que a la enfermedad siempre se la entendió como una problemática “social” desde su mismo descubridor: Carlos Chagas^{xv}, favoreció el pedido de un enfoque interdisciplinario, sin embargo, la división de trabajo parece dejar a las ciencias sociales observando “comunidades” y no mucho más. En este artículo en particular, el “paradigma médico-social se lo entiende, por un lado, de manera ética como la responsabilidad de los médicos a dar respuesta a este problema social y por el otro de la manera que los servicios de salud intervienen sobre la población afectada. Este último punto parecería acercarse al enfoque de esta tesis, pero en realidad es solo una proximidad superficial, los cambios en las organizaciones que proponen las autoras apuntan más al análisis y comprensión del problema y a la mirada “comunitaria” que a cambios estrictos en los procesos de trabajo del equipo de salud.

De la revisión de antecedentes se puede concluir que se ha investigado las causas de la prevalencia de la enfermedad en determinadas poblaciones expuestas en la región de interés para esta tesis. También se ha intentado determinar el riesgo de padecer la enfermedad en relación a características de la población como la ruralidad o la etnia, pero

muy poco se avanzó sobre las causas que explican la permanencia de la prevalencia de una enfermedad que tiene tratamiento. Es decir, el sistema de salud de salud como causa o determinante en la cobertura de tratamiento de Chagas no ha sido estudiado sistemáticamente.

2.2 Marco Teórico

Sin caer en discusiones morosas sobre un tema transitado hasta el agotamiento, el de la causalidad, es importante explicar cómo se la entiende y aplica en esta tesis. ¿Por qué? Porque la problemática del Chagas, como todo hecho social, es compleja y multideterminada, si bien esta tesis se centra en solo una parte de esa problemática en una región determinada, eso no la deja indemne de la esperable crítica de que se subestiman aspectos evidentes como la pobreza, la falta de estructura sanitaria, la distancia geográfica, la cultura etc. En realidad, es más complejo el asunto. Para entenderlo debemos partir del principio ontológico (y metodológico) afirmado por Pierre Bourdieu^{xvi} para la sociología. Ningún elemento de lo social es substancial individualmente o puede explicarse o entenderse de forma aislada, sino que es definido por las relaciones con los demás elementos de lo social. Es decir, la pobreza, la distancia, etc. son elementos explicativos de la falta de cobertura de tratamiento para Chagas *en relación* a la estructura y funcionamiento de los efectores de salud. El indicador de NBI puede ser el mismo para un grupo familiar, pero sus oportunidades de recurrir al sistema formal de salud serán diferentes si viven en Rosario en lugar del impenetrable, pertenecer exclusivamente a la familia lingüística guaycurú es un problema *solo si* se está en un contexto donde solo se reconoce al castellano como lengua legítima de comunicación. Para el objeto de esta tesis es determinante entender que la pobreza, la distancia geográfica, las dificultades “culturales” etc. son parte del problema, pero no son determinantes en sí, lo determinante es la relación entre estos y una forma de organización de los procesos de trabajo de los efectores de salud del impenetrable chaqueño. *La causa es en esta relación*, sin ella no se darían las bajísimas coberturas de tratamiento para menores de 15 años son serología positiva para Chagas.

Las consideraciones anteriores conllevan inmediatamente a plantearse porque se entiende como causa principal los procesos de trabajo de los efectores de salud cuando estos solo pueden terminar de entenderse en relación a la problemática social global de Chagas. Aquí voy a realizar una aclaración central: estos son la causa principal porque son el factor con mayor autonomía para revertirse y de afectar con mayor eficacia el problema.

Es desde este enfoque relacional que se debe entender donde fracasa lo que defino como *racionalidad autotélica*. Una organización centrada en sí misma que ignora o toma como paisaje, como datos inamovibles, las condiciones de vida de la población a la cual debería ofrecer cobertura, solo pude fracasar cuando afronta problemáticas complejas como la de Chagas. Si no vemos esto de manera relacional, corremos el riesgo de hacer una doble naturalización: por un lado, de las condiciones sociales de gran parte de la población afectada de la enfermedad y por el otro de los propios efectores como atados de pies y manos frente a una realidad que los excedería.

Frente a la racionalidad autotélica de las organizaciones de salud del impenetrable chaqueño le contrapongo la idea de procesos de trabajo en salud orientados a la estrategia. Estrategia para abordar las problemáticas de salud complejas de la población. Entiendo estrategia como un cálculo de acciones a realizar para llegar a un determinado fin, partiendo del supuesto que tendrá que reconfigurarse constantemente debido al azar, cálculos errados o por acciones realizadas por otros agentes que afectan las propias. Sigo a Carlos Matus^{xvii} cuando afirma que la estrategia razona en sistemas creativos y abiertos a muchas posibilidades en distintos escenarios posibles y donde sus actores intentar cambiar el resultado del “juego” donde participan. La estrategia escapa del fatalismo porque es un modo de pensar el futuro sin otorgarle un peso determinante al pasado.

La forma en que se entiende la estrategia en esta tesis se complementa con el trabajo de Henry Mintzberg^{xviii} sobre lo que denomina “burocracia profesional” cuyo ejemplo arquetípico es el profesional médico, especialmente con la idea de Mintzberg de que existe una gran autonomía en la base organizacional de este tipo de burocracias. En el caso de salud, eso quiere decir que los profesionales de salud tienen una considerable autonomía para manejar sus procesos de trabajo más allá de lo que ordenen las cúpulas de las organizaciones de salud. ¿De dónde proviene esta autonomía? Mintzberg la vincula mayormente a que estas organizaciones deben afrontar un alto nivel de incertidumbre en sus procesos de trabajo. Los “clientes” sobre los que trabaja el burócrata profesional (pacientes en el caso de las

organizaciones de salud) traen en sí una complejidad que no puede resolverse con un procedimiento totalmente normatizado o estandarizado:

The containment of this uncertainty -what Simon characterizes as unfamiliarity in detail in the job of the single professional- is one of the reasons why the professional requires considerable discretion in his work^{xix} (Mintzberg: 1979)

Esta discrecionalidad, esta capacidad de decidir del profesional que está en la base de la organización es la principal fuente de su autonomía. Por eso, señala Mintzberg, hay una constante puja de los administradores de estas organizaciones por normalizar y supervisar los procesos y los profesionales que no reconocen ni quieren intromisiones en su trabajo. Dada la naturaleza de su trabajo, en las organizaciones del tipo de burocracias profesionales es muy difícil la supervisión directa de los profesionales. El ajuste mutuo de las prácticas se da entre los profesionales que comparten un mismo conocimiento y en base a instituciones exógenas que homologan los mismos (en el caso de los profesionales de la salud las asociaciones, las universidades, etc.)

Todas estas afirmaciones, realizadas por un especialista en organizaciones que no estaba interesado directamente en las de salud, son importantes para esta tesis ya que esta autonomía que teoriza es la que fundamenta la idea de que un equipo de salud puede reconfigurar sus prácticas frente a un problema de considerable complejidad, reconfiguración necesaria para controlar la incertidumbre que implica esa complejidad. Esta *potencialidad o capacidad* es lo importante para esta investigación. La autonomía parece circunscribirse con mayor naturalidad a los consultorios, terapias o salas de cirugías específicas donde se da directamente la relación médico-paciente^{xx}, donde se pone directamente en juego los conocimientos y habilidades del profesional. Por eso, es posible que mi afirmación de que el equipo de salud puede cambiar sus procesos de trabajo (entendidos de una manera más amplia) frente a un problema que lo requiere (en este caso brindar la cobertura de tratamientos de Chagas para menores de 15 años) parezca ir más lejos de cómo lo entiende Mintzberg, quién ejemplifica, algo someramente, sus ideas en torno a los profesionales de la salud con cirujanos vasculares, y dada la naturaleza de esta práctica, no analiza tanto a un equipo heterogéneo y amplio de trabajadores de la salud ni a procesos de trabajo que incluyan formas de organización de las instituciones de salud. Por este motivo, para complementar a Mintzberg, retomo a Gastón Campos^{xxi} cuando define pautas de gestión en salud alejadas del “taylorismo” que buscan brindar mayor autonomía y recuperación del proceso de trabajo por

parte de los equipos de salud. Considero importante su definición de “supervisión matricial” entendida como una supervisión realizada por un agente externo que favorece un espacio de reflexión al interior del equipo de salud y permite que se abran a lo externo, generando una nueva mirada sobre las problemáticas que abordan como equipo al modificar sus procesos de trabajo (todo este proceso es, a su vez, generador del equipo) Aunque no fue tanto producto de una reflexión conceptual sino sobre la praxis, fue este tipo de supervisión la que, como se verá, se aplicó en Miraflores.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

La tesis se basa en fuentes de datos primarias y secundarias de diversa naturaleza. Algunas de las fuentes secundarias son públicas así sea por pertenecer a publicaciones científicas, de gestión o resultados de censos nacionales, y se consiguen con relativa facilidad, otras en cambio, son “semipúblicas”, son archivos, expedientes y documentos que no se difunden ni se publican, pero que teóricamente tendrían que ser de acceso público si fueran solicitados. Presentación de proyectos, informes y evaluaciones nacionales y provinciales, expedientes judiciales y de licitaciones, información de programas desagregada por jurisdicciones, notas formales y un largo etcétera son parte de las “fuentes secundarias” de esta tesis, todas serán debidamente referenciadas y se entenderán como parte de un entorno lógico de información, ningún razonamiento esencial se basará en un solo documento o testimonio. El acceso a este tipo de fuentes fue posible ya que desde el año 2005 trabajo en el Ministerio de Salud de La Nación y he sido receptor de gran parte del material. El material utilizado no viola ley de secreto estadístico ni la ley de protección de datos personales, ni está protegido por cláusulas contractuales.

Las fuentes primarias son fundamentalmente de tres tipos: Por un lado está la información generada por los procesos de gestión de los cuales participé directamente, por otro lado, de campañas realizadas entre el año 2007 y 2009 por el Ministerio de Salud de la Nación [MSN de ahora en más] y el Ministerio de Salud Pública del Chaco [MSPC de ahora en más] en el impenetrable chaqueño en las cuales fue partícipe en una y coordinador de la otra y finalmente la producida por entrevistas realizadas a informantes clave.

Los datos con los que se busca destacar la causa a la que atribuyo importancia explicativa en esta tesis serán metodológicamente abordados a través de un estudio de caso comparativo de campañas de tratamientos en el impenetrable chaqueño, una realizada en Misión Nueva Pompeya y la otra en Miraflores.

El estudio comparativo se cimentará con indicadores de cuatro áreas diferentes: a) sistema de salud, b) Prevalencia de la enfermedad c) demografía d) socio-economía E) Estrategias aplicadas en ambas campañas.

Para realizar la comparación se utilizará datos de los censos nacionales del INDEC, del MSN del MSPC e información recogida en terreno durante la campaña por el equipo que participó y por quién escribe esta tesis. Aquí es importante destacar que estas campañas fueron pensadas desde el comienzo como proyectos de “investigación acción” y que por ende tuvieron además de una importante presencia en el “campo” una inusual preocupación por recabar información necesaria para evaluar las intervenciones y documentar que acciones resultaban efectivas durante las campañas. Además, se utilizará información obtenida por mi trabajo con los efectores del impenetrable chaqueño, que por diversos programas nacionales abarcó los años 2005-2011.

A esto se le sumará información, que complementará el estudio de caso, proveniente de entrevistas abiertas y conversaciones con informantes clave durante las campañas y entrevistas semi-estructuradas realizadas ex post facto. Las entrevistas fueron realizadas a una médica que trabajó en Misión Nueva Pompeya, una enfermera que trabajó en Castelli, una ex subsecretaria de APS de la provincia, una directora provincial de APS, una referente regional de movimientos agrarios, la coordinadora médica de la campaña de Miraflores y MNP, dos comunicadores que participaron de la campaña de MNP, una médica que trabajó en terreno con comunidades indígenas en Miraflores y Villa Río Bermejito, una especialista en Chagas, comunicación y educación que colaboró con el MSN. Los informantes en MNP eran: Docentes, el director del hospital, médicos, agentes sanitarios, auxiliares de enfermería, referentes de la comunidad Wichi y padres de los chicos con serología positiva para Chagas. De Miraflores: enfermeros, Bioquímicos, médicos, agentes sanitarios, docentes y padres de los chicos a los cuales se les extrajo sangre para las serologías. En ambas localidades también fueron informantes los técnicos de campo de la coordinación nacional de vectores, los integrantes del programa provincial de Chagas, el equipo de la región sanitaria que abarcaba ambos municipios y funcionarios de salud del nivel central de la provincia.

Para entender la metodología aplicada debe partirse de cómo se plantea apoyar la hipótesis central de esta tesis. Esta afirma que una de las causas determinantes de la falta de cobertura para tratamiento de Chagas es la lógica de los procesos de trabajo de los equipos en las instituciones de salud en la región. Para esto hace falta mostrar que un *cambio* en estos procesos puede cambiar los resultados en torno a la cobertura de tratamientos para la enfermedad. Por este motivo esta investigación se focaliza en un estudio comparativo de dos campañas específicas que ocurrieron en *momento determinado* con particularidades importantes que no han vuelto a ocurrir en la región ni el país. ¿Cuáles son esas

particularidades? Dos campañas secuenciales pero contemporáneas (Una inició un par de meses después de la otra) realizadas en una misma región ecológica, social y económica, por ende, con características poblacionales similares, con equipos de apoyo muy similares, con toda una serie de intervenciones concretas planificadas en ambas y con una considerable sistematización de los datos y con muy pocas diferencias, de las cuales, se postula en esta tesis, la más significativa es como se *cambiaron* procesos de trabajo del equipo de salud de Miraflores durante las mencionadas intervenciones. Esta es la razón por la que estos hechos sociales específicos, estas intervenciones que se hicieron en estas localidades del impenetrable son el objeto empírico principal de esta investigación. Esto plantea un elemento metodológicamente importante: la temporalidad del objeto de estudio. La información tomada para el estudio de caso comparativo es principalmente en base a un análisis de información retrospectiva. No es de interés de esta tesis qué sucede actualmente en Miraflores o MNP, dado que, suceda lo que suceda en estas localidades mientras se tipea esta tesis^{xxii}, no modifica la hipótesis principal ni la información necesaria para alumbrarla que es sobre las *intervenciones específicas* mencionadas y sus resultados. Por eso el trabajo de campo (del cual fui uno de sus protagonistas) es información a reconstruir. Lo importante es la comparación de esas campañas entre sí, como era la situación de la cobertura de tratamientos previa en ambas localidades, los resultados de estas y esencialmente, a que se debió la disparidad de los mismos. Eso no significa que todas las fuentes de datos para esta tesis sean retrospectivas. Las entrevistas son fuentes de información generadas ex post facto para enriquecer y complementar los hechos sociales que analiza esta tesis.

Por último, debe explicarse cómo entender metodológicamente “racionalidad autotélica”. Naturalmente estamos frente a una tipificación, una forma de simplificar y reducir una compleja realidad a una serie de rasgos esenciales. Eduardo Menéndez^{xxiii} señala que los modelos y tipos ideales son inevitables en ciencias sociales, así sus investigadores lo expliciten, lo ignoren o lo nieguen, todos los utilizan. Lo importante metodológicamente es que este “tipo ideal” tenga características identificables y por ende sea mapeable. Un tipo ideal para esta tesis es importante porque enfoca con una perspectiva diferente a un problema. En esta instancia del conocimiento no se trata tanto de discernir un hecho social en sus detalles liliputienses o en la gracia de su dinámica, sino simplemente de distinguirlo, de diferenciar algo que antes no se veía.

4. MISIÓN NUEVA POMPEYA-MIRAFLORES: UN ESTUDIO COMPARATIVO

4.1. Chaco-Departamento Güemes

4.1.1 Demografía:

La provincia del Chaco tiene una superficie de 99.663 Km² (2,6% del territorio nacional) representa algo más de un tercio del territorio del NEA y reúne el 29,2% de la población regional. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2010 tiene 1.055.259 habitantes, y es la más poblada de la región del Noreste Argentino (NEA). La población de la provincia ha crecido a un ritmo superior (1.6% anual) al del conjunto del país (1.05%). La población urbana muestra un importante crecimiento en la década: en 1991 representaba el 69% del total provincial, en tanto que había alcanzado a 79% en 2001.

La provincia del Chaco está dividida en 25 Departamentos, cada uno de los cuales tiene como referencia una ciudad cabecera. El departamento de interés para esta tesis es el Departamento General Güemes que abarca la región del “impenetrable chaqueño”, en la figura número 1 y la tabla número 3 se puede apreciar la enorme superficie del departamento y su escasa densidad de población (2,6 habitante por km²) en relación al resto de la provincia. Más allá de la ciudad cabecera del departamento, Juan José Castelli, que concentra la mitad de la población del departamento, el resto solo tiene pueblos cabecera de cada uno de los municipios que lo integran y extensas regiones de localidades rurales. Este departamento, por ejemplo, tiene mayor superficie que la provincia de Tierra del Fuego.

Figura Número 1: Densidad de población de la provincia del Chaco. Año 2010.

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda

Tabla Número 3: Densidad de población por departamento en la provincia del Chaco. Año 2010.

Departamento	Densidad de población hab/km ²	Población total
San Fernando, Chaco	112,0	390.874
Comandante Fernández, Chaco	64,6	96.944
Chacabuco, Chaco	22,2	30.590
Quitilipi, Chaco	22,1	34.081
Mayor Luis J. Fontana, Chaco	14,9	55.080
9 de Julio, Chaco	13,6	28.555
O'Higgins, Chaco	12,7	20.131
25 de Mayo, Chaco	12,4	29.215
Independencia, Chaco	12,0	22.411
Libertad, Chaco	11,2	12.158
Bermejo, Chaco	9,8	25.052
General Belgrano, Chaco	9,8	11.988
Sargento Cabral, Chaco	9,6	15.889
General Donovan, Chaco	9,1	13.490
Maipú, Chaco	8,9	25.288
12 de Octubre, Chaco	8,6	22.281
Libertador General San Martín, Chaco	7,6	59.147
San Lorenzo, Chaco	6,9	14.702
1º de Mayo, Chaco	5,5	10.322
Presidencia de la Plaza, Chaco	5,5	12.499
Fray Justo Santa María de Oro, Chaco	5,4	11.826
2 de Abril, Chaco	4,7	7.432
General Güemes, Chaco	2,6	67.132
Almirante Brown, Chaco	2,0	34.075
Tapenagá, Chaco	0,7	4.097

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda

Tabla Número 4: Provincia del Chaco. Población total y variación intercensal absoluta y relativa por departamento. Años 2001-2010

Departamento	Población		Variación	Variación
	2001	2010	absoluta	relativa (%)
Total	984.446	1.055.259	70.813	7,2
Almirante Brown	29.086	34.075	4.989	17,2
Bermejo	24.215	25.052	837	3,5
Chacabuco	27.813	30.590	2.777	10,0
Comandante Fernández	88.164	96.944	8.780	10,0
12 de Octubre	20.149	22.281	2.132	10,6
2 de Abril	7.435	7.432	-3	0,0
Fray Justo Santa María de Oro	10.485	11.826	1.341	12,8
General Belgrano	10.470	11.988	1.518	14,5
General Donovan	13.385	13.490	105	0,8
General Güemes	62.227	67.132	4.905	7,9
Independencia	20.620	22.411	1.791	8,7
Libertad	10.822	12.158	1.336	12,3
Libertador General San Martín	54.470	59.147	4.677	8,6
Maipú	24.747	25.288	541	2,2
Mayor Luis J. Fontana	53.550	55.080	1.530	2,9
9 de Julio	26.955	28.555	1.600	5,9
O'Higgins	19.231	20.131	900	4,7
Presidencia de la Plaza	12.231	12.499	268	2,2
1° de Mayo	9.131	10.322	1.191	13,0
Quitilipi	32.083	34.081	1.998	6,2

San Fernando	365.637	390.874	25.237	6,9
San Lorenzo	14.252	14.702	450	3,2
Sargento Cabral	15.030	15.889	859	5,7
Tapenagá	4.188	4.097	-91	-2,2
25 de Mayo	28.070	29.215	1.145	4,1

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

4.1.2 Situación Socio-económica:

Los principales complejos productivos de la provincia son el Algodonero (Textil), Cerealero, forestal, Ganadero y Oleaginoso. Todos estos sectores productivos generan grandes ingresos, pero necesitan de manera limitada la mano de obra especializada y estable.

El Chaco muestra una alta desigualdad en la distribución del ingreso. En el año 2006 el 50% de los hogares más pobres recibía el 22,6% del ingreso, en tanto que el 10% más rico acumulaba el 30,7% del ingreso total. El 10% más rico de la población recibía un ingreso que es 44 veces mayor que el del 10% más pobre, lo cual superaba el promedio para las 24 provincias incluyendo la ciudad de Buenos Aires (32,5 veces)^{xxiv}. En la tabla comparativa de hogares por provincia con NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas)^{xxv} se puede apreciar la situación de Chaco en relación al país.

Tabla Número 5: Porcentaje de hogares con más de una Necesidad Básica Insatisfecha (NBI), según provincia. Total del país. Años 2001 y 2010.

Provincia	Porcentaje de hogares con más de un NBI	
	2001	2010
Total del país	18,8	15,2
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	15,6	16,4
Buenos Aires	16,8	14,7
24 partidos del Gran Buenos Aires	17,6	14,8
Interior de la provincia de Buenos Aires	15,0	14,5
Catamarca	19,6	10,8
Córdoba	14,1	11,4
Corrientes	23,4	18,8
Chaco	27,2	18,1
Chubut	16,6	13,3
Entre Ríos	18,3	16,7
Formosa	25,1	18,2
Jujuy	22,4	14,4
La Pampa	12,1	11,7
La Rioja	18,1	11,3
Mendoza	15,8	13,2
Misiones	22,5	16,5
Neuquén	18,4	15,5
Río Negro	17,2	15,5
Salta	25,6	19,0
San Juan	16,0	11,9
San Luis	18,2	13,0
Santa Cruz	14,1	11,5
Santa Fe	16,6	12,4
Santiago del Estero	25,2	17,0
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	12,1	10,7
Tucumán	23,4	16,8

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

Como en todo el país, en Chaco claramente ha descendido el porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas entre el año 2001 y 2010, incluso tuvo uno de los descensos más marcados. Sin embargo, sigue siendo una de las tres peores provincias

para este índice. Teniendo en cuenta la ruralidad de la región que abarca esta tesis, es importante distinguir el NBI según zonas rurales y urbanas. Los datos del 2010 indican que en la provincia de Chaco el 31,4% de la población rural tiene NBI contra el 15,9 de la población urbana.

Hay otros indicadores que fueron parte del censo nacional 2010 que son importantes para delinear el perfil socio-económico de la región del impenetrable y en su contexto general con la provincia. Utilizaremos dos para mapear este perfil del departamento General Güemes. Analfabetismo y de la provisión de agua dentro de la vivienda.

Figura Número 2: Población de 10 años y más analfabeta por departamento de Chaco, en porcentaje. Año 2010

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas

Figura número 3: Provincia del Chaco por departamento. Hogares sin provisión de agua dentro de la vivienda, en porcentaje. Año 2010.

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas

Como era de esperarse, las zonas más rurales de la provincia son las que tienen mayor porcentaje de la población viviendo con necesidades básicas insatisfechas. En este caso los departamentos Güemes y Maipú ubicados en el noroeste de la provincia. Junto a este indicador de pobreza estructural es de esperar una alta prevalencia de todas aquellas condiciones socio-económicas negativas adyacentes, como pudimos apreciar en el caso del analfabetismo y acceso al agua: baja cobertura de salud privada, obra social o mutual, etc. Estos departamentos, a su vez, concentran gran parte de las comunidades aborígenes de la provincia como se puede ver en el mapa 3. Este dato será relevante cuando se

discutan las supuestas causas culturales de la falta de cobertura de tratamientos para Chagas en el impenetrable. Las etnias a las que corresponden estas comunidades son Wichi y Qom.

Figura número 4: Ubicación de las comunidades aborígenes por departamento, Chaco. Año 2009.

Fuente: RENACI (Registro Nacional de Comunidades Indígenas)

En relación a efectores de salud se puede destacar la dificultad de accesibilidad geográfica y la escasez de oferta hospitalaria en la región del Departamento Güemes.

4.2. El impenetrable

El nombre ya mítico de la región abarca no solamente al noroeste de la provincia del Chaco sino también una parte de Salta, Formosa y Santiago del Estero. Es bordeado por los ríos Teuco, el Bermejo y atravesado por el Bermejito. Como pudimos entrever en la sección anterior, la región en su totalidad es la que presenta los peores indicadores de desarrollo del país: mayor carencia de agua potable, escolarización, trabajo formal, etc. Cíclicamente los medios de comunicación interpelan lo que es ya una serie de imágenes estereotipadas de lo que es la región con diversos intereses coyunturales. La región se ganó su nombre por el monte nativo que hoy está en pronunciado retroceso, la producción algodonera, sojera y la depredación de la industria forestal sin control han establecido en las últimas décadas un paisaje más bien árido donde el monte nativo se presenta de manera irregular y por amplios kilómetros de manera muy rala. En la provincia del Chaco, como se mencionó, casi la totalidad del impenetrable se encuentra en el Departamento General Güemes. Uno atraviesa un imaginario umbral hacia el mismo cuando se parte de la ciudad de Juan José Castelli (Que tiene carteles que la presentan como la puerta del impenetrable) y se adentra en el noroeste de la provincia. El departamento cuenta con siete municipios: Sauzalito, El Espinillo, Misión Nueva Pompeya, Villa Río Bermejito, Miraflores, Fuerte Esperanza, Juan José Castelli. El último, cabecera del departamento, es el único que cuenta con un hospital general de nivel 4 de la región, el Miguel Martín de Güemes, recientemente relocalizado e inaugurado. Los otros seis municipios cuentan con centros de salud u hospitales rurales de baja complejidad.

El hospital Güemes estuvo en crisis en la mayor parte del tiempo que abarca las campañas que en lo sucesivo se compararán (2007-2009). Crisis en tres aspectos claros: personal insuficiente, infraestructura deficiente e insumos recibidos irregularmente. Con la inauguración del nuevo hospital "Miguel Martín de Güemes" en el año 2010 se mejoró

sustancialmente los aspectos de infraestructura y de equipamiento, pero no mayormente el problema cíclico de personal e insumos. “Cíclico” porque el personal que llega a la zona, debido a las duras condiciones de vida, suele irse en poco tiempo o apiñarse en la ciudad de cabecera. Los insumos dependen de una frágil red logística y administrativa, que suele fallar asiduamente.

En el año 2009^{xxvi} el Programa Nacional de Salud Familiar realizó el siguiente cálculo del recurso humano profesional existente en salud en la región.

Tabla Número 6^{xxvii}: Recursos humanos en salud, existentes en la región del impenetrable Chaqueño. Año 2009.

LOCALIDAD	POBLACION ESTIMADA	TIPO DE PUESTO	RECURSO HUMANO EN ACTIVIDAD
MIRAFLORES	9000 personas	A ^{xxviii}	3 médicos; 2 enfermeros profesionales; 1 Odontólogo. Dos bioquímicos, dos técnicos de laboratorio. 12 agentes sanitarios
VILLA RIO BERMEJITO	5000 personas	A	2 médicos clínicos; 1 bioquímico; 2 técnicos de laboratorio; 3 auxiliares de enfermería; 10 Agentes Sanitarios
EL ESPINILLO	2100 personas	A	2 médicos; 2 enfermeros profesionales; 14

			auxiliares de enfermería; 16 agentes sanitarios.
MISION NUEVA POMPEYA	4200 personas	HOSP. NIVEL III	5 médicos clínicos; 1 odontólogo; 1 Bioquímico; 2 Técnicos de laboratorio; 2 enfermeros. Profesionales; 7 auxiliares. de enfermería; 15 Agentes sanitarios
SAUZALITO	10.000 personas	HOSP. NIVEL III	3 médicos; 2 bioquímicos; 2 enfermeros; 12 auxiliares de enfermería; 33 agentes sanitarios.
Paraje WICHI	1000 personas		1 médico clínico; 1 auxiliar de enfermería; 2 Agentes sanitarios
EL SAUZAL	1000 personas	A	1 médico clínico; 1 auxiliar de enfermería; 6 Agentes sanitarios.
COMANDANCIA FRIAS	2500 personas	A	2 médicos clínicos; 2 auxiliares de enfermería; 1 enfermero profesional

FUERTE ESPRANZA	2700 personas		1 médico clínico; 2 auxiliares de enfermería; 1 enfermero profesional
--------------------	------------------	--	--

Fuente: Programa Nacional Médicos Comunitarios

Otro problema del recurso humano en salud, problema silenciado en los informes oficiales, es que el recurso profesional (fundamentalmente el médico, de laboratorio y de odontología) esta desdoblado en la asistencia privada, tanto individual como en una clínica (En el caso de Castelli) teniendo como resultado, en muchos casos, el incumplimiento de los horarios arreglados contractualmente con el estado provincial de manera sistemática y mediante un acuerdo implícito reconocido informalmente por las autoridades.

La casi totalidad de los caminos del impenetrable son de tierra, en algunos casos de ripio, pero muy pocas veces de asfalto. El asfalto llega de Castelli hasta Miraflores (50 km.) y se acaba. Luego hasta llegar a la frontera con Salta hay 150 km, aproximadamente, de caminos de tierra. Las lluvias, sin necesidad de ser cuantiosas, dejaban con marcadas dificultad de acceso y de traslado interno a las localidades. Cuando la tierra se vuelve lodo el traslado es muy difícil si no es con un vehículo de doble tracción. Este no es un dato menor cuando tenemos en cuenta la dispersión de la población y lo limitada de la oferta de efectores de salud en la región. Volveré a esto cuanto comente la estrategia de trabajo que se utilizó en Miraflores para conseguir la adherencia de tratamientos para Chagas.

Los pobladores (Consultados o en charlas informales), el personal de salud, los informes provinciales y nacionales, las categorías censales estatales provinciales y nacionales, los cientistas sociales y de todo tipo, coinciden aproximadamente en clasificar a la población en "Wichis", "Qom" (En la jerga se utiliza mucho el término "Toba") y "Criollos", también se habla (Y se lee en informes del sector salud) de "mestizos". No voy a

profundizar aquí las cuestiones vinculadas a la desigualdad y el racismo entre estos grupos “étnicos” ya que no fue en lo que se enfocó el trabajo en su momento y no es de interés central de esta investigación. Sin embargo, sin poder brindar información exacta, es evidente para el lugareño o el visitante asiduo del lugar que hay cierta estratificación socio-económica que coincide en parte con la clasificación poblacional mencionada. En el sector privado de servicios no es frecuente ver trabajar a “indígenas”, en el sector salud quienes adscriben a las categorías de Wichi o Qom pertenecen a los puestos menos profesionalizados y peor pagos (Agentes sanitarios, promotores, auxiliares de enfermería, etc.) Solo conocí una excepción en años de trabajo en la región, de un médico Qom que había estudiado en Cuba gracias a un programa de ayuda internacional. La población “indígena” aumenta a medida que se toma distancia de los centros de los ejidos urbanos de la región. Siendo mayormente periférica o rural. La segregación espacial (producto de una historia de desigualdades) es bastante marcada. Siendo mayormente “criollos” los que habitan en las cuadras centrales de los pueblos.

Durante el trabajo en la región presenciamos varias señales de racismo, tanto en insultos, en observaciones cotidianas, en distintos tipos de segregación, en racionalizaciones del personal de salud y funcionarios de la situación sanitaria de las mencionadas poblaciones y un largo etcétera, pero también conocimos y trabajamos con mucha gente que era indiferente a las valoraciones negativas que se adosan a las categorías étnicas o que inversamente, romantizaba la pertenencia indígena. Lo notable es que hay puntos de coincidencia entre quienes tenían una mirada romántica y en quienes eran despectivos hacia los Wichi o los Qom en varios aspectos: En su esencialismo (Lo “natural” de los indígenas es la relación con la naturaleza, vivir de la caza y la recolección, etc.) en su paternalismo y en su simplificación de grupos que son ostensiblemente heterogéneos.

En relación al racismo y segregacionismo que le es implícito, hay muestras en los propios efectores de salud. Una de las comunicadoras que trabajó en la campaña de Misión Nueva Pompeya señala que:

“Había unas fotos muy elocuentes que acá todo el mundo se quedó pasmado cuando las pasé en un evento de salud. En el pasillo, donde estaba centralizada la atención odontológica [había un cartel en el hospital de MNP] ‘Lunes, miércoles y viernes atención normal, martes y jueves atención wichis’ y esa foto acá produjo escozor y la verdad que para ellos estaba totalmente naturalizado, que era así, que es una sociedad estamental”.^{xxix}

No sólo había casos de segregacionismo vinculado a la etnia sino que también, y quizá fundamentalmente, vinculado a la pobreza. Una médica que trabajó para el MSN en Miraflores, Espinillo y Villa Río Bermejito en relación a esto recuerda:

“No olvido ese enfermero del hospital de Castelli, diciendo, que porque llevé a una paciente que tenía 26 kilos y 23 años, dijo: ‘¿me vas a traer a todos los pobres? que tiene que ver, no es un problema de salud’”.

Todas las personas entrevistadas señalan que si bien en el sector salud hay personas racistas y clasistas, hay mucha gente que trabaja sin hacer distinciones de este tipo con los pacientes.

En relación a la pobreza en la región hay que señalar que como la oferta universitaria y terciaria es muy limitada en todo el departamento aún los sectores medios ven dificultado su acceso a la educación superior, muchas veces deben trasladarse hasta Sáenz Peña o incluso Resistencia o Corrientes según la profesión que se desee estudiar. Esto empeora la situación de los sectores más marginados que tiene pocas posibilidades de escapar a un mercado de trabajo informal, precario y poco calificado y por ende de un destino social marcado desde su origen desigual.

4.3. Misión Nueva Pompeya-Miraflores, un estudio comparativo.

4.3.1 Zona de alto riesgo.

La combinación de la ecología, el clima, la precariedad social, las estructuras habitacionales (Producto a su vez, de la combinación de los elementos anteriores) hacen de la región del Gran Chaco la de mayor riesgo de transmisión de la enfermedad de Chagas en Argentina. A lo documentado en el apartado “antecedentes” de esta tesis se le puede agregar la información actualizada por el programa nacional de Chagas. En el informe anual enviado al INCOSUR (iniciativa en salud del cono sur, organizado por OMS/OPS) correspondiente al año 2014, se informa que los casos de Chagas agudo de la enfermedad han ido disminuyendo durante el período 2000-2013, la incidencia de los mismos en el año 2013 de 4 casos. Uno de ellos en Santiago del Estero (Departamento la Banda) otro en Catamarca (Departamento Cayapán) y los otros dos son de Chaco, del departamento Güemes, el departamento que abarca la mayor parte del impenetrable chaqueño y donde están los municipios de interés de esta tesis. Los casos agudos de vectoriales de la enfermedad son el mojón que separan a una región de alto riesgo de una de mediano riesgo de trasmisión de la enfermedad.

Figura Número 5: Frecuencia de casos agudos vectoriales de Chagas en Argentina. Año 2014.

Fuente. Informe del programa nacional de Chagas para el INCOSUR

4.3.2 Comparación.

Una vez establecidos los rasgos epidemiológicos generales del Chagas en el impenetrable chaqueño a partir de la sección antecedentes de esta tesis y teniendo en cuenta el contexto provincial y regional socio-económico esbozado en los capítulos precedentes, tenemos que volver a la pregunta central de esta tesis ¿Por qué no hay cobertura para tratamiento de esta enfermedad? A pesar de su centralidad, de su aplastante presencia ¿Por qué el “sistema de salud” no logra dar respuesta en este aspecto de este problema? Para brindar la parte más importante de una respuesta que solo puede ser compleja se realizará una comparación de dos intervenciones del MSN y el MSPC en el impenetrable, dos trabajos que fueron pensados bajo la idea brumosa de la investigación-acción. La primera intervención se realizó en Misión Nueva Pompeya, durante el año 2007. Luego de una investigación académica de prevalencia serológica en el municipio quedaron expuestas las preocupantes cifras que hemos expuesto en la sección antecedente. Frente a esta realidad, el por entonces denominado Programa Federal de Chagas coordinó una intervención en terreno con la Coordinación Nacional de Control de Vectores de Córdoba, el Programa de Chagas de Chaco, la Secretaría de atención primaria de la provincia y la Universidad de Córdoba (Ligada a la coordinación nacional de vectores de Córdoba). Paralelamente, en Miraflores la bioquímica responsable, por aquel entonces, del laboratorio del centro de salud iniciaba por iniciativa propia un screening buscando la prevalencia de Chagas en menores de 15 años, el resultado provisional luego de analizar poco más de quinientas muestras, fue de 150 menores positivos. La información llegaría poco tiempo después al Ministerio de Salud de La Nación, luego de un hiato temporal producto de un cambio de gestión a nivel nacional, comenzaría la segunda “campaña” en el año 2009 para brindar cobertura de tratamientos en Miraflores con algunos de los actores que habían cooperado en la de Misión Nueva Pompeya en el año 2007 más el Programa Nacional de Salud Familiar. Los resultados fueron: en Misión Nueva Pompeya se habían detectado 110 menores con serología positiva para la enfermedad, para el año 2010 solo una veintena

tenían tratamiento completado. En Miraflores donde finalmente se habían encontrado 433 menores de 15 años infectados completaron su tratamiento para inicios del 2010 nada menos que 360 (Y los tratamientos continuaron luego de que el MSN ya no acompañara el proceso en terreno) De la explicación de esta notable brecha, de esta diferencia de un fracaso y un éxito notable es donde, afirmo, reside la respuesta a la pregunta que abre esta sección.

Como se explicó en la sección “Materiales y Métodos”, se realizará un estudio de casos comparativo entre la campaña de tratamiento de Miraflores y la de MNP con el fin de aislar el que se considera un factor explicativo importante para esta tesis. Para poder “aislar” este factor (los procesos de trabajo de los equipos de salud) se procederá a analizar otras variables que tienen potencial explicativo sobre la problemática de esta tesis. Por esta razón, este estudio comparativo de casos retrospectivo se dividirá en cuatro áreas: A) sistema de salud, B) prevalencia de la enfermedad C) demografía D) socio-economía E) estrategias aplicadas en ambas campañas.

A) Sistema de Salud: Como se puede apreciar en la tabla 6, en el momento que se realizaron las campañas de tratamientos, el hospital de Misión Nueva Pompeya contaba con 5 médicos clínicos; 1 odontólogo; 1 Bioquímico; 2 Técnicos de laboratorio; 2 enfermeros profesionales; 7 auxiliares de enfermería y 15 Agentes sanitarios. A su vez, Miraflores contaba con 3 médicos; 2 enfermeros profesionales; 1 Odontólogo. Dos bioquímicos, dos técnicos de laboratorio y 12 agentes sanitarios. Aunque en esto nada es lineal, excepto por los bioquímicos, MNP contaba con más recurso humano en todas las profesiones de salud que Miraflores. De hecho, MNP era un hospital pequeño con su servicio de pediatría y ginecología mientras que Miraflores era un centro de salud de primer nivel de atención equipado con laboratorio y rayos. De cualquier forma que analicemos los recursos disponibles de salud en ambos efectores, MNP saldría beneficiado, excepto, en el momento de las campañas de tratamientos por dos cosas: una, el estado edilicio de Miraflores era mejor (el edificio era más nuevo) y la logística de comunicación por radio era superior en este municipio ya que la mayoría de los agentes sanitarios contaban con equipo para

comunicarse con el centro de salud, lo cual, como se verá fue muy útil en la estrategia implementada para la campaña de tratamientos en esa localidad.

La movilidad interna y para la derivación es un problema en ambas localidades y lo era en el momento de las campañas, MNP contaba con dos ambulancias para traslados y Miraflores con una, fuera de estos vehículos en ambos lugares los agentes sanitarios no contaban con movilidad oficial para hacer su trabajo, generalmente utilizaban bicicletas de propiedad personal para hacerlo.

B) Prevalencia de la enfermedad de Chagas:

Para poder estimar la prevalencia de la enfermedad con la misma fuente en MNP y Miraflores se recurre al SIVILA, el sistema de vigilancia laboratorial implementado y supervisado por la Dirección Nacional de Epidemiología del MSN. Se utilizan los últimos tres años de información disponible para cada municipio.

Tabla Número 7: Notificación Agrupada de determinaciones para eventos de Chagas crónico en estudios y a demanda en Misión Nueva Pompeya y Miraflores.

Municipios	Total casos positivos sobre casos estudiados	Prevalencia
Misión Nueva Pompeya (2014)	155/ 501	30,9%
Misión Nueva Pompeya (2012)	272/1109	24,5%
Misión Nueva Pompeya (2011)	259/902	28,71%

Miraflores (2012)	256/629	40,6 %
Miraflores (2010)	436/1282	34%
Miraflores (2009)	450/1501	29,9%

Fuente: Elaboración propia basada en el SIVILA

Estas cifras no muestran una prevalencia exacta de la población ya que los datos de laboratorio no están nominalizados, por ende, puede haber casos repetidos, además, si un equipo de salud realiza estudios poblacionales basados en criterios de riesgo para la enfermedad, habrá un sesgo que aumente la relación entre casos positivos/casos estudiados, lo cual ha sido la situación para Miraflores durante el último lustro, todo esto sin contar todos los problemas de la carga de la información. Naturalmente las variaciones de las prevalencias muestran que los datos de los laboratorios tienen un margen de error importante dado a los sesgos mencionados. Sin embargo, hechas estas aclaraciones, está claro que la prevalencia de la enfermedad en la población de ambos municipios es muy elevada y muy por encima de la media nacional y provincial.

C) Demografía:

Población (Fuente: Censo Nacional de Pobladores, Hogares y Viviendas 1991, 2001, 2010)

Misión Nueva Pompeya:

Población 2010: 5966 habitantes Población 2001: 3.789 habitantes Población 1991: 1983

Miraflores:

Población 2010: 9141 habitantes. Población 2001: 7.946 habitantes Población 1991: 6.309 habitantes.

Las “pirámides” de ambos municipios nos permiten hacer interpretaciones sobre características poblacionales de los mismos. Para empezar, es ostensible que estamos frente a distribuciones similares en las poblaciones, ambas tienen lo que se conoce como pirámides progresivas, que son las que poseen más población en la base de la misma. La población se va reduciendo significativamente a medida que aumenta la edad, esto es típico de lo que se denomina eufemísticamente como “sociedades en vías de desarrollo” ya que sus causas serían una alta natalidad (una natalidad descontrolada) y tasas altas de mortalidad a edades más tempranas que en las sociedades “desarrolladas” o migraciones.

C) Socio-economía:

Tomando como base la fracción censal utilizada en el censo del INDEC del 2010 correspondiente al ejido urbano de Miraflores y Misión Nueva Pompeya^{xxx} se puede realizar valiosas comparaciones en distintas áreas socio-económicas.

Tabla Número 8. Condición de asistencia escolar. Miraflores, Misión Nueva Pompeya. Chaco. Año 2010.

Condición de asistencia escolar	Miraflores	Misión Nueva Pompeya
Asiste	41,43%	38,61%
Asistió	49,99 %	51,96 %
Nunca asistió	8,49%	9,43%
Total	100%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en el Censo Nacional de Población hogares y viviendas, INDEC.

Como se puede apreciar, el porcentaje de población que sin escolaridad es elevado y similar en ambas localidades.

Tabla Número 9: Sabe leer y escribir. Miraflores, Misión Nueva Pompeya. Chaco. Año 2010.

Saber leer y escribir	Miraflores	Misión Nueva Pompeya
Si	79,58 %	87,49 %
No	20,42 %	12,51 %
Total	100%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en el Censo Nacional de Población hogares y viviendas, INDEC.

Es interesante introducir la variable de “sabe leer y escribir”, medida en el censo del 2010, ya que no se correlaciona con los porcentajes de condición de asistencia escolar, medidos en el mismo censo, para el caso de Miraflores, donde el porcentaje de la población que no sabe leer y escribir es más del doble de la que nunca asistió a un colegio. En este caso MNP tiene un porcentaje claramente más favorable que Miraflores, que es bastante similar para ambas variables.

Tabla Número 10: Utiliza computadora. Miraflores, Misión Nueva Pompeya. Chaco. Año 2010

Utiliza Computadora	Miraflores	Misión Nueva Pompeya
Si	15,82 %	32,75%
No	84,18%	67,25%
Total	100%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en el Censo Nacional de Población hogares y viviendas, INDEC.

La utilización de computadora, sin dudas una muestra de desarrollo económico y social, tiene porcentajes predeciblemente bajos tanto en Miraflores como en MNP. Sin embargo, en MNP, en comparación con Miraflores, el doble de la población utiliza computadoras.

Tabla número 11. Condición de actividad^{xxxi}. Miraflores, Misión Nueva Pompeya. Chaco. Año 2010.

Condición de actividad	Miraflores	MNP
Ocupado	55,73 %	50,65 %
Desocupado	2,23 %	3,27 %
Inactivo	42,04 %	46,08 %
Total	100%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en el Censo Nacional de Población hogares y viviendas año 2010.

Si tenemos en cuenta que se considera inactiva a la población mayor de 14 años que no está en la población económicamente activa como los jubilados y estudiantes, entre otras situaciones, es evidente que los porcentajes de este tipo de población son muy elevados. En parte se puede explicar esto por las características demográficas de la

población de estos municipios que, como se ha visto, tienen muchos individuos en la franja etaria que va entre los 14 y los 20 años, período donde suelen entrar en la tipificación de estudiantes. Pero aun presuponiendo que la enseñanza secundaria tenga una cobertura elevada, no se puede justificar por esto que cerca de la mitad de la población de ambos municipios sean económicamente inactivos.

Las siguientes variables socio-económicas tomadas del censo 2010 del INDEC se corresponden al universo de individuos completo de los municipios estudiados. Fueron procesados con acceso a la base de datos del INDEC por el ministerio del interior y transporte de la nación.^{xxxii}

Tabla Número 12: Cantidad de personas por cuarto, porcentaje de hogares. Miraflores y Misión Nueva Pompeya. Chaco

Cantidad de personas por cuarto	Miraflores	MNP	Provincia	País
Hasta 0,50	11,52%	13,17%	17,85%	22,07%
0,51 a 0,99	8,70%	5,51%	15,02%	17,84%
1 a 1,49	27,13%	22,96%	29,30%	30,70%
1,50 a 1,99	11,82%	9,92%	11,07%	9,98%
2,00 a 3,00	26,54%	33,56%	19,60%	15,26%
Más de 3,00	14,29%	14,88%	7,16%	4,14%

Fuente: Elaboración propia basada en datos del ministerio del interior y transporte de la nación. Dirección de Asuntos Municipales.

En el caso de la variable cantidad de personas por cuarto, se puede apreciar la misma paridad que en otras variables socioeconómicas entre los municipios que abarca esta tesis. Notemos que, con más de 3 personas por cuarto, lo que se considera como

hacinamiento crítico, está el doble de hogares que la media provincial y casi el triple que la nacional.

Tabla Número 13 Calidad de los materiales de la vivienda (CALMAT) Porcentaje de hogares. Miraflores y Misión Nueva Pompeya. Chaco.

CALMAT	Miraflores	MNP	Provincia	País
CALMAT I	10,54%	9,00%	39,26%	56,18%
CALMAT II	13,57%	11,70%	20,29%	21,34%
CALMAT III	31,87%	18,98%	24,59%	11,56%
CALMAT IV	39,68%	33,50%	9,53%	3,82%

Fuente: Elaboración propia basada en datos del Ministerio del interior y transporte de la nación. Dirección de Asuntos Municipales.

Calidad de materiales de la vivienda^{xxxiii} es una variable que nos dice mucho sobre el desarrollo socioeconómico de una región. Como puede apreciarse en la tabla comparativa, las viviendas precarias, realizadas sin materiales sólidos, como son los ranchos, triplican el porcentaje de la provincia y multiplican por diez la media nacional. A su vez, la precariedad de las viviendas brinda una imagen del riesgo de colonización de las viviendas por el vector de la enfermedad de Chagas. Es significativo notar que entre las dos categorías de viviendas más precarias Miraflores suma nada menos que el 71,5% de sus viviendas, mientras que MNP el 52, 4%.

D) Estrategias aplicadas en ambas campañas.

Misión Nueva Pompeya:

Presupuestos de la campaña: El equipo coordinador de la campaña consideraba^{xxxiv} al Chagas como un problema complejo, multideterminado, sistémico. Por ende, se pensaba que la solución debía incluir la participación de varios actores sociales además de los efectores de salud. En relación al equipo de salud se centraba el problema en la falta de conocimiento de abordaje de la enfermedad y en la incapacidad de “comunicar” a la comunidad. A su vez, se consideraba el desconocimiento social era un agravante ya que la gente no demandaba atención para la enfermedad.

Coherentemente con los presupuestos de los que se partía, se trabajó en terreno con un equipo interdisciplinario (antropólogos, médicos, arquitectos, comunicadores, etc.) se estableció un nexo con los colegios del municipio, el hospital, la orden de los marianistas, las radios, los referentes de la comunidad Wichi, etc. El componente de comunicación realizó un trabajo piloto para testear el nivel de conocimiento de la población de la enfermedad, trabajando con docentes y alumnos de primario el resultado fue el que se esperaba: era un conocimiento relativo. También sirvió para encontrar regularidades en mitos sobre el Chagas y probar materiales de comunicación recientemente diseñados. Casi todos podían vincular el triatomino con la enfermedad, esta a su vez con una afección en el corazón, pero no todos sabían que tenía tratamiento y podía curarse^{xxxv}. El equipo de salud también tenía sus limitaciones en torno al conocimiento del abordaje de la enfermedad, algo que también era esperado. Aunque sorprendió que algunos de sus integrantes tampoco supieran que la enfermedad tiene tratamiento.

El hecho de que se verificara en terreno en gran medida lo que se presuponía y se estaba preparado, estableció la impresión de que el trabajo sería un éxito.

Las acciones se coordinaron con las bases nacionales de control de vectores, que ya venían trabajando en la región, para que se estableciera un área amplia en fase de vigilancia^{xxxvi}. Al equipo de salud del hospital se le facilitaron reactivos y medicamentos, además de la capacitación para realizar los tratamientos tanto a los médicos como a los

enfermeros. Se realizó una reunión con agentes sanitarios para capacitarlos e informarles de la situación en la población bajo responsabilidad en sus postas. Se continuó con las serologías hasta dejar en el hospital una lista de los chicos que debían recibir tratamiento.

La intervención sacudió al municipio, que presenció durante varios meses a los equipos de nación y provincia llegar, estar una semana (O más, como era el caso de los fumigadores). Se realizaron reuniones con los antes mencionados actores de la comunidad para establecer una red de comunicación y eventualmente de contención para la problemática del Chagas lo que implicó trabajar inter-institucionalmente e interdisciplinariamente con gran parte de las “fuerzas vivas” del lugar:

Resultados: En dos años una cobertura inferior al 20% de los casos detectados. Fracaso.

En la evaluación de los resultados de la campaña en Misión Nueva Pompeya, que implicó contactar a personal de salud del hospital, quedó claro que el equipo de salud no se movió de las reglas institucionales prefijadas: obligando a los familiares de los chicos positivos para la infección a adaptarse a la institución. Fundamentalmente a pelear por los pocos turnos de laboratorio a la madrugada y a trasladarse semanalmente al hospital en el horario que podían ser recibidos por el médico a cargo del tratamiento. Todo esto en una región, que como se apreció en este capítulo, tiene una alta dispersión de una población muy vulnerable socioeconómicamente. Ahora, ¿qué pasó con la población? No se registraron conflictos con el hospital de MNP por el tema, no hubo organizaciones sociales que retomaran la problemática (a pesar de que a través de algunas de ellas se trabajó el mismo para “comunicarlo”) Las razones de esta falta de reacción exceden los objetivos de esta tesis. En las entrevistas, cuando se tocó el tema de porque la población no suele tener un enfoque activo para Chagas se señaló el carácter “invisible” de la enfermedad dado su carácter asintomático y la naturalización que hay en torno a la misma. No puede afirmarse que esto sea concluyente.

B-Miraflores:

Cuando meses después de concluido el trabajo en MNP surgió la oportunidad de ayudar al equipo de salud de Miraflores que ya había encontrado a 150 chicos con serología positiva para la enfermedad, fue el tiempo de evaluar que había pasado con la experiencia anterior. Con la Dra. Irma Castro, por entonces Jefa de laboratorio y del equipo médico de la Coordinación Nacional de Control de Vectores de Córdoba, quién había sido la coordinadora médica en MNP se repasó que había salido mal y se llegó a nuevas premisas del problema. Desde el espacio situacional de gestión que se tenía en aquel momento^{xxxvii}, se decidió emprender una estrategia de abordaje diferente.

Presupuestos: El conocimiento tanto del equipo de salud como de la población sobre la enfermedad no era un problema central para obtener la cobertura de tratamiento de la misma. Una vez despejado, la falta de cobertura continuaba. La naturalización y el fatalismo que rodea a la enfermedad (Incluyendo desconocimientos como que la misma tiene tratamiento) es un producto del abandono histórico de los efectores que no daban respuesta. Había una idea no explicitada pero omnipresente de que solo se trataban los casos agudos connatales de la enfermedad^{xxxviii} (Cuando se detectaban, por supuesto) Con lo cual la población se fue acostumbrando a que el Chagas viviría con quienes lo habrían contraído de manera indefinida e inexorable. Tampoco el problema era tanto que no se comprometieran otros actores de la sociedad, esto había sucedido en MNP sin resultados. Cuando se hacía el camino crítico de donde habían fallado los tratamientos se veía que el problema residía en cosas como la falta de turnos para laboratorio, desencuentro con el médico, distancia de la familia, abandono de tratamiento por aparición de sintomatología asociada al medicamento y falta de respuesta rápida del equipo de salud lo que llevaba a los padres a discontinuar el tratamiento. El problema central subyacía a todos estos inconvenientes.

El problema principal (y a esta definición se llegó tiempo después) es la racionalidad con la que funcionan los centros de salud y hospitales generales de baja complejidad en el impenetrable. Una racionalidad que define sus procesos de trabajo y que hace muy difícil

que se puede dar cobertura para tratamientos de Chagas (Como cualquier otra enfermedad que necesite un tratamiento con distinto nivel de supervisión) Defino a esa racionalidad como “autotélica” es decir “algo que tiene un fin en sí mismo”. Los efectores (estrictamente tendría que decir “equipos de salud”) con esta racionalidad no tienen plasticidad para ver el problema externo a ellos como algo que es su responsabilidad, lo importante es su funcionamiento interno, definido a priori. Así, por ejemplo, lo central no es si se puede resolver el problema de una familia que vive a kilómetros en caminos tierra y no tiene vehículo para ir repetidamente al centro con su hijo para que sea supervisado en su tratamiento, el problema inamovible es que hay X turnos para laboratorio o X tiempo limitado de los médicos para atender en un horario X estándar en un lugar X. Esta racionalidad tiene un armazón ilusorio económico-técnico. Es supuestamente la mejor forma de utilizar recursos escasos (Como el tiempo de los médicos o bioquímicos) para objetivos definidos con exactitud técnica. En el siguiente capítulo voy a detallar como se puede pasar de la norma inamovible de una institución cerrada sobre si misma a la estrategia y como esta última es muy superior para obtener resultados en materia de cobertura de tratamientos para le enfermedad de Chagas.

5. DE LA RACIONALIDAD AUTOTÉLICA A LA ESTRATEGIA.

5.1. *Miraflores*

Si se considera que una causa determinante de la falta de cobertura para tratamientos de Chagas se encuentra en el funcionamiento interno de los efectores de salud, se debe apuntar a modificar los procesos de trabajo del equipo de salud. Para hacerlo, la estrategia que se pensó para Miraflores tenía que implicar una inmersión profunda en el centro de salud de la localidad. Se cambió la mecánica de los viajes a terreno. Se pasó de 4 o 5 días por mes, como era en Misión Nueva Pompeya, a 12-15 días en Miraflores, en cuanto a la presencia de la coordinadora médica, y visitas más asiduas (Que eran como mínimo mensuales de la coordinación nacional) Como el centro del problema ya no era el conocimiento de la población o del equipo de salud, se redujo el trabajo de comunicación a lo básico que era con los docentes en cuyos colegios se tomarían muestras de sangre y con los padres de los menores de 15 años para explicarles porque se analizaba la sangre de sus hijos, además de la utilización de las radios locales para avisar en que colegios se trabajaría tanto para la búsqueda serológica como luego los controles de los tratamientos.

Para trabajar con el equipo de salud la idea pasó a ser “capacitación en servicio” o más bien “Capacitación participante” desde una idea similar a la de supervisión “matricial” de Gastón Campos^{xxxix}. En vez de trabajar solo con la normativa y los procedimientos del tratamiento como había sido en Nueva Pompeya, se les invitó a diseñar una estrategia para abordar el problema que ellos mismos (por el laboratorio) habían descubierto en la población. Entonces de entrada el problema se planteó diferente, ya no se trataba de meter a las familias en el corsé de la lógica de funcionamiento del centro de salud (Carácter esencial de lo que llamo una *racionalidad autotélica*) sino de pensar en cómo solucionar el problema de salud de la población que estaba frente a sus ojos. El *problema* de la alta prevalencia de la enfermedad en la población, de la dificultad en la accesibilidad geográfica,

de la vulnerabilidad de muchas de las familias afectadas, del limitado recurso humano del centro de salud, pasó a ser un *problema* del equipo de salud, se trabajó para que se enfocara desde ese lado, lo cual implicaba dos aspectos complementarios. Uno que se pensara en términos de población y no de individuos y otro que se enfocara desde la idea de abordaje de esta población desde la plasticidad, de cómo llegar a la población objetivo modificando todo lo que fuera posible modificar para *adaptarse al problema*. Es decir, desarrollar una estrategia, aunque no se lo llamara así explícitamente.

Naturalmente, no todo el personal del centro accedió a trabajar así^{xl}, pero tampoco era necesario, lo fundamental era que tanto el laboratorio como el sector enfermería, los agentes sanitarios de las postas y al menos un médico se coaligaran para desarrollar la estrategia de trabajo.

Para que se pasara de la lógica cerrada, autotélica, del equipo de salud sosteniendo las reglas estándar del centro de salud, a una estrategia abierta centrada en problemas poblacionales, fue fundamental la extensa inmersión en el trabajo local de la coordinadora médica del proyecto, quién asumió la función de capacitar mientras acompañaba al equipo a desarrollar las actividades concretas, acompañamiento que no quitó la responsabilidad del equipo y que en poco tiempo demostró autonomía en los períodos que ella no estaba en terreno. Esta continuidad en el terreno le dio legitimidad para trabajar al interior del grupo y le permitió ver en lo cotidiano cuales eran los problemas que había solucionar paso a paso para llegar al objetivo.

El acompañamiento prolongado por parte de la coordinadora médica generó empatía y predisposición a trabajar en pos de los objetivos que eran consensuados. Integrantes del equipo de salud en varias ocasiones destacaron que ella predicaba con el ejemplo, demostrando que se podía avanzar, en un contexto tan adverso y sin caer en las facilidades de la normatividad alejada de la aplicación real.

La idea de población se naturalizó en el equipo ni bien se nominalizó y se puso en un registro aparte a todos los menores de 15 años con serología positiva para Chagas y se marcó geográficamente en que parajes se encontraban, esto se estructuró así debido a que

las muestras se tomaban en las escuelas y cada una de ellas se transformó en *locus* de trabajo para el equipo de salud. A partir de ahí surgía más naturalmente el planteo: *existe este problema grave de salud en nuestra población, ¿Qué vamos a hacer?* Algo diametralmente opuesto a lo que eran las excusas universales del impenetrable, conocidas por quién escribe esta tesis tras un lustro de trabajo en la región: *El problema es la cultura de estos pueblos, Hay mucha pobreza y la gente no puede seguir los tratamientos, Se le dijo al paciente que volviera, pero no lo hizo* y un largo etcétera que tiene en común el poner la responsabilidad en el paciente individual. En Miraflores la búsqueda serológica se armó metódicamente bajo el principio de población de riesgo y luego los tratamientos se hicieron bajo la idea fuerza de que la cobertura es una obligación del estado y un derecho de la población, por ende, no era una opción dejar la carga de la responsabilidad exclusivamente a los familiares de los chicos afectados.

Pensar en cómo llegar a la mayor cantidad de cobertura posible llevó de manera inmediata a pensar que aspectos de funcionamiento estándar del propio centro podían ser un problema para lograrla ya que históricamente la cantidad de tratamientos para la enfermedad que se realizaban era ínfima y era evidente que en algo había que cambiar. Si bien la postura de la OMS sobre “los determinantes sociales de salud” que postulan al “sistema de salud” como una de las causas posibles de la falta de salud en la población, se ha vuelto teóricamente común^{xli}, se suele enfocar al problema como la desigualdad de recursos que hay para salud entre países y regiones de un mismo país lo cual simplifica el asunto en problemas de asignaciones y capacidades económicas y, por ende, poco se ha trabajado para saber exactamente cuando las propias instituciones de salud son un problema para resolver los problemas de salud de la población.

Lo que más asombra, visto retrospectivamente, es como el equipo aceptó cambiar sus pautas de trabajo sin mayor resistencia y más bien con entusiasmo. Hablando en conjunto e individualmente con ellos sobre esto considero que la mejor explicación englobante sobre esto es la recuperación del control sobre su proceso de trabajo. Algo que Gastón Campos señala como esencial para la autonomía de los equipos de salud^{xlii}. Cambiar las pautas de atención los ponía en control de su trabajo y en buena medida de la

organización a la que pertenecían. Recuperaban la visión de totalidad de objeto de su trabajo, apreciaban sus resultados y reinsertaban su parte en el conjunto total, además de poder constatar el impacto global de sus acciones, midiendo su éxito en el conjunto de la población bajo cobertura. Esto último es imposible cuando se trabaja en la manera habitual de demanda individual por paciente.

El generar estrategias por sobre las pautas más bien rígidas de trabajo que los regían solo fue posible por esa característica especial que tiene el proceso de trabajo del profesional de salud que es su considerable autonomía que se deriva de lo difícil que es controlar con exactitud sus procedimientos de trabajo y sus resultados. Retomando a Henry Mintzberg, que como vimos en el marco teórico, incluye al personal profesional de salud en lo que denomina “burocracia profesional” (De hecho, lo considera casi como su caso arquetípico) definiendo características que son importantes para explicar cómo pudieron darse los cambios del proceso de trabajo en Miraflores:

“La Burocracia Profesional es una estructura altamente descentralizada, tanto en la en la dimensión vertical como horizontal. Una gran parte del poder sobre el trabajo operativo reside en la base de la estructura, con los profesionales del núcleo operativo” (Mintzberg: 2001) ^{xliii}

Para Mintzberg, tanto de la gerencia de las organizaciones (En este caso de salud) como de las otras áreas profesionales, cada profesional tiene un importante control sobre su trabajo, producto de una autonomía basada en operaciones muy difíciles de analizar, estandarizar y evaluar. A esto hay que agregar que hay muchas formas de utilizar esta autonomía que parece reducirse en muchos casos al área donde se aplica la especialidad de cada profesional^{xliiv}. Esta plasticidad, esta independencia, este potencial, es el que se puso en práctica no solo de parte de los integrantes del equipo de salud de Miraflores, sino de quienes coordinábamos las actividades desde otra organización con gran autonomía en

su base como es sin dudas un ministerio. Sin la flexibilidad necesaria para armar y rearmar la estrategia a los contextos muchas veces impredecibles de su aplicación hubiera sido muy difícil llevar a cabo el trabajo. Si cada decisión hubiera tenido que pasar tanto en el MSN como en la estructura de salud de Chaco por trámites de análisis y evaluación alejados de la instancia de donde fueron tomados, el tiempo nos habría derrotado. Está en la naturaleza de nuestras organizaciones la posibilidad no solo de tener autonomía en nuestras actividades sino de establecer acuerdos y cambiar procesos de trabajo completos desde la base. Esto es lo que hizo el equipo de Miraflores, lo que le permitió desarrollar una campaña que no solo es la más exitosa en su rubro en la historia sanitaria de nuestro país, sino una de las más destacadas que se hayan orquestado jamás contra la enfermedad de Chagas.

La estrategia de trabajo en Miraflores se distanció en los siguientes puntos exactos de lo establecido en normativas y en lo que es el trabajo usual en el primer nivel de atención de la región^{xlv}

Cuadro Número 1: Comparación de Normativas y procedimientos estándar con la estrategia de trabajo de Miraflores.

Normativa/ Procedimiento estándar	Miraflores
Los diversos métodos de análisis de laboratorio de la enfermedad de Chagas se realizan en los controles de embarazo, donantes, al neonato, frente a sospecha clínica y quién lo solicite.	Se hizo un tamizaje amplio de menores de 15 años tomando las muestras en los colegios por venopunción con tubo Vacutainer. El equipo se organizó para hacer esto por etapas, dependiendo la capacidad del laboratorio, que al participar de la organización se reservaba espacio horario espacial para el análisis de las muestras. El tamizaje comenzó en el año 2007 y continuó hasta fines del 2009

	encontrándose 433 menores de 15 años con serología positiva para Chagas.
Antes de hacer un tratamiento se debe hacer controles de laboratorio para asegurar que el paciente puede afrontar el tratamiento con Benznidazol sin riesgos de efectos adversos graves. Los controles son antes, durante y después del tratamiento. Al paciente se le pide que tramite sus turnos de laboratorio que pueden ser escasos, lo cual genera problemas en una región con gran dispersión geográfica de su población, con magro transporte público, NBI y estructura vial deficitaria.	Las muestras para los controles de laboratorio se tomaban en los mismos colegios donde se había tomado muestras de sangre para buscar la infección. Se anticipaba a las familias por la radio, las mismas sabían una quincena antes cuando pasaría el personal de enfermería. El laboratorio, que había participado de la planificación, se reservaba tiempo para analizar todas juntas las muestras recibidas.
El paciente debe ser controlado semanalmente por el médico, quién le dará las dosis semanalmente hasta que se concluya el tratamiento a los dos meses. Esta normativa es de difícil aplicación en la región por las razones mencionadas en el ítem anterior.	Cuando se encontraron cientos de chicos con la infección era evidente que habría un atolladero en el examen clínico si se lo dejaba en exclusivo al escaso personal médico (Durante buena parte de la campaña, Miraflores solo contó con un médico) y la oferta horaria reducida que tenía. Por ende, se fragmentó el control clínico en el personal de enfermería y el médico y los agentes sanitarios. El enfermero controlaba a los pacientes cuando iba a tomar muestras de sangre para el control de laboratorio en los colegios. El agente sanitario del lugar

	estaba advertido de seguir a los chicos, de que síntomas podían surgir de los efectos secundarios de la medicación y estaban en contacto con las madres para que frente a cualquier situación desfavorable avisar al centro de salud. A esto se sumó un supervisor médico financiado por el MSN que viajaba aproximadamente entre 12 y 15 días al mes para realizar al capacitación en servicio al equipo de salud y acompañar actividades de “campo” como parte de la capacitación y de apoyo a la supervisión en terreno de los tratamientos.
El seguimiento de los pacientes es individual, constando todos los procedimientos aplicados por el equipo de salud en las historias clínicas individuales.	Frente a la magnitud de casos que reveló el screening, se pasó a un enfoque poblacional donde se planificó como abordar la población afectada por etapas según la distancia, dispersión y la capacidad de respuesta del centro de salud. Pasar del individuo a la población permitió armar una estrategia de trabajo en equipo, y pasar de la idea de demanda a la responsabilidad de cobertura, cambiando un enfoque pasivo por uno activo.

Estas eran en líneas generales las formas en que Miraflores cambió su proceso de trabajo para dar respuesta a un grave problema sanitario. De esta forma la pobreza, la

dispersión geográfica, el desconocimiento de la enfermedad, la falta de infraestructura vial, etcétera, fueron sorteadas al sacarse de encima la racionalidad autotética que exige que la población se adapte al centro de salud y no viceversa y al pensar en forma de estrategia y no de planificación rígida (Algo imposible ya que el escenario no daba muchas certezas sobre cuántos menores de 15 años se encontrarían infectados, si todos los colegios aceptarían que se tomaran muestras de sangre en sus instituciones, cómo reaccionarían los padres, etc.)

Las acciones generales, más allá de los cambios en los procesos de trabajo, y resultados pueden resumirse de la siguiente manera:

La zona recibió tratamiento químico contra el vector *Triatoma infestans* por el programa de control nacional y provincial de Chagas previamente a la realización de los tratamientos. El tamizaje serológico en menores de 15 años, mostró una prevalencia de 22,5 %, en la población estudiada (La diferencia que se ve en relación a la prevalencia mostrada por el SIVILA debe entenderse a partir de como varía el riesgo de infección por franja etaria).

Los niños fueron controlados con examen clínico, electrocardiograma y laboratorio, según normas nacionales.

En el estudio previo al tratamiento, se observaron alteraciones electrocardiográficas en 42 casos (15,2%), no atribuibles a otra etiología, con examen clínico normal.

Resultados: completaron el tratamiento 360 niños mientras duró la supervisión del MSN, durante el año 2009; sólo hubo 7 abandonos (1,9%). Se presentaron efectos colaterales en 55 casos (15,2%), con 1 caso severo que determinó la suspensión (0,2%). y alteraciones bioquímicas de carácter leve a moderado (5%).

No hay registros de otra campaña de igual grado de éxito que la de Miraflores en la Argentina.

5.2. Sobre la Racionalidad Autotética de los efectores de salud en el impenetrable chaqueño:

Los resultados de Miraflores no aceptan mayor discusión, si quizá intentar definir exactamente en que se basa su éxito. Mi tesis es que la clave fue la reorganización de los procesos de trabajo por parte del mismo equipo de salud, que se constituyó como equipo con este accionar. A partir de esto afirmo que la principal causa de que hoy no se tenga el mismo grado de cobertura para tratamiento de Chagas en otros lugares del impenetrable es porque se sigue sosteniendo una forma de organización del trabajo basado en una “racionalidad autotética” que no les permite tener plasticidad y apertura a los complejos problemas de salud de la población. En la introducción se explicitaron las características de esta racionalidad. Básicamente se entiende por tal la organización de trabajo en salud que está centrada sobre sí misma, que establece pautas y prácticas de funcionamiento interno más allá de la realidad poblacional, partiendo del supuesto que estas tienen una racionalidad a la cual la población debe adaptarse y no viceversa. Esto produce un equipo de salud fragmentado en las áreas del efector (clínica, laboratorio, guardia etc.) que es evaluado individualmente o eventualmente como miembro de esa área. Al no considerarse la población como principio ordenador de la organización el resultado es que los procesos de trabajo están preparados para abordar individuos descontextualizados, de hecho, individuos que llegan como demanda *espontánea*, o sea sin que se los busque.

No fue objetivo de esta tesis las causas de generación de la racionalidad autotética en las organizaciones de salud, algo difícil de determinar de por sí. Pero si se pueden brindar los elementos para señalar que este tipo ideal que se presenta tiene un correlato en la realidad, aunque no sea digno de su heterogeneidad. La fuerza de esta forma de descripción de la organización del primer nivel en el impenetrable chaqueño radica fundamentalmente en que es generalizada y el lector familiarizado con el funcionamiento del primer nivel en salud en la Argentina no necesitará ser mayormente seducido argumentalmente. Pero, más allá de la experiencia propia de quién escribe esta tesis (y de las notas de campo) en la región que abarca esta tesis y la de los eventuales lectores,

propongo, adicionalmente, evidencia de dos tipos para visibilizar el tipo ideal propuesto: los propios anuarios estadísticos del ministerio de salud pública de Chaco y los testimonios de “actores clave” del sistema de salud de la región.

Los anuarios^{xlvi} son consolidados de información de los distintos niveles de complejidad de los efectores de la provincia. La información no es solo la que se considera importante desde la gestión central, sino que representa como se tabulan y *evalúan* las prácticas del equipo de salud. Lo significativo es que la información se deriva de los propios efectores. Son los equipos de salud los que, mediante requerimiento burocrático, utilizan tiempo y clasifican sus prácticas de manera que sean representables en los anuarios. Más allá de la calidad y confiabilidad del dato, estos son los datos que se utilizan para deducir la eficiencia de los efectores de salud y muestran la lógica clasificatoria de las prácticas del equipo de salud que se adecúan muy bien a lo que describo como “racionalidad autotética”. Para empezar, está la idea de personas aisladas por encima de la población como receptor de las prácticas, o peor aún, de las personas fragmentadas en “consultas”, “visitadas”, “controladas”, “derivadas” etc. En algunos casos esa fragmentación reconoce al menos franjas etarias. Es decir, no se piensa en la situación poblacional, en el contexto que explica en gran medida las características de los individuos.

Otra característica que reflejan los anuarios es como los indicadores son en su gran mayoría de funcionamiento interno de los efectores. Los indicadores son los clásicos según complejidad: Así tenemos de un lado del sistema las postas sanitarias con sus “visitas” de “acción preventiva” o “tratamiento del enfermo”, “control del niño sano” entre otras acciones y del otro los hospitales con sus “egresos”, “tasa de mortalidad hospitalaria”, “giro de camas disponible” etc. Excepto los indicadores de cobertura de vacunas y los de controles de embarazo, prácticamente no hay indicadores que se armen a partir de la cobertura efectiva en las poblaciones en el área de responsabilidad de los efectores. Con esto no se afirma que estos indicadores no sirvan o no cumplan una función efectiva para lo cual fueron diseñados, lo que se quiere mostrar es su lógica: la forma de entender la productividad de los equipos de salud es *interna*, es sobre cuanta gente se atiende, cuanta se visita, cuantas

prácticas de promoción se dan, cuantas camas se ocupan y un largo etcétera y no sobre la cobertura *efectiva* de los problemas de salud de la población.

A los párrafos anteriores se les podría objetar que es muy difícil establecer parámetros de cobertura en poblaciones de por sí difíciles de determinar, a esto se puede responder de tres formas: primero recordando las intrínsecas limitaciones de los indicadores recogidos en los anuarios cuyos números no pueden en su mayoría probar *eficacia* siquiera de los pacientes tomados individualmente. Segundo, esta tesis es una demostración de que se puede trabajar con indicadores que refieren a la cobertura de una población determinada (los menores de 15 años) para un problema de salud específico y apuntar a probar la eficacia de la organización y sus procesos de trabajo en relación a este. Tercero, los efectores de salud y sus equipos de trabajadores deben asumir, y por ende, trabajar preparados para distintos grados de incertidumbre y buscar su reducción. La magnitud del problema de infección chagásica en menores de 15 años era desconocida hasta que una bioquímica, un técnico de laboratorio y un enfermero de Miraflores decidieron comenzar un tamizaje serológico en colegios del municipio.

Considero a “actores clave” de la región a supervisores que trabajaron para el MSN durante los años que duraron las campañas de tratamiento de Chagas en menores de 15 años en el impenetrable. Al personal de salud que se implicó en el trabajo del puesto sanitario de Miraflores, a personal de otros centros de salud del impenetrable, a integrantes del equipo interdisciplinario que trabajó en la región por el MSN y a funcionarios de salud encargados del primer nivel de atención de la provincia que estuvieron al tanto y facilitaron las actividades.

La información obtenida de estos actores clave fue importante incluso en su momento para reorientar la estrategia de trabajo en Miraflores. Lo que se buscó en estos actores fue que describieran el funcionamiento de los efectores en los que trabajaban, que supervisaban o estaban a su cargo (según el actor en cuestión). También se les pidió su opinión sobre la problemática de Chagas y la falta de cobertura de tratamientos y que comentaran aspectos del contexto social de la región. La información así obtenida fue en

parte utilizada en la descripción general del impenetrable en los capítulos precedentes (qué se sumó a mi propia experiencia). No realicé las entrevistas como una forma de brindar una verificación definitiva a lo vertido en esta tesis, sino como fuente de información adicional.

Los entrevistados coincidieron de manera unánime en señalar que los centros de salud hacen poco y nada para trabajar los problemas de la población por fuera de su lógica establecida de funcionamiento: Así señalaron que siempre había problemas entre los turnos de laboratorio y las necesidades de la población, que la gente en muchos casos no vuelve para los controles y no se los busca, que buena parte del personal profesional busca por todos los medios escapar de las guardias y del cumplimiento de horarios, que prácticamente no se trabaja con búsquedas activas o tamizajes de población y que en general no hay equipos de salud, ni estrategias de trabajo conjunto, sino una suma de voluntades dispares que incluso, en algunos casos, tienen niveles considerables de conflictividad entre ellos. Se señaló, también, una ausencia marcada de coordinación entre las postas, los centros de salud y los hospitales, además de problemas crónicos de insumos. El trabajo de los agentes sanitarios o de los auxiliares de enfermería responsables de las postas sanitarias es bien considerado por todos, pero también se reconoce que no se los integra bien al funcionamiento del centro de salud o del hospital del que dependen y que se suele subestimar sus conocimientos y aptitudes.

Por distintas razones, todos los entrevistados, hicieron hincapié en que era difícil hacer acciones de “APS” señalando la falta de tiempo y movilidad, así como la falta de interés de los médicos como razones principales. En relación al Chagas apareció de forma universal las referencias a la pobreza, así como también a la “indiferencia” o “falta de conocimiento” de los médicos como causas de la falta de tratamientos, así como el hecho de que el vector está muy poco controlado y algunos profesionales consideran que es “inútil” emprender campañas de tratamiento en una región endémica para el vector.

Con lo anterior no se pretende cerrar la discusión o dejar plena certeza de la exactitud de mi tipo ideal de “racionalidad autotélica”, si establecer una duda razonable a favor de su utilidad como modelo para pensar una realidad compleja.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

"Estamos en el terreno, controlándolos, pero también tenemos que saber que ellos tienen su cultura, su forma de alimentarse y de curarse, y que esas son cosas que debemos respetar". Ex Ministro de salud del Chaco, Ricardo Mayol, año 2007. Declaraciones tras la muerte de una decena de indígenas por tuberculosis y desnutrición en el impenetrable chaqueño.^{xlvii}

6.1 Una mirada a la comparación entre MNP y Miraflores:

¿Qué nos deja la comparación entre MNP y Miraflores? Lo que se buscó exponer con la misma es que ambos municipios, que pertenecen al mismo departamento y al mismo contexto ecológico del impenetrable chaqueño, son muy similares desde una mirada epidemiológica, poblacional, socio-económica y en los recursos en salud que poseían al momento de las dos campañas de tratamientos que son de interés de esta tesis. Incluso los indicadores socioeconómicos son favorables a MNP, lo cual relativiza aún más el peso de los mismos a la hora de explicar la falta de cobertura de tratamientos. La demostración de estas similitudes es importante a la hora de marcar la diferencia que marcó el resultado distintivo tan marcadamente positivo hacia Miraflores. Como se trabajó en el capítulo 5, esta diferencia surgió en los cambios que se produjeron sobre los procesos de trabajo del equipo de salud de Miraflores, cambios que no se hicieron en la campaña predecesora de MNP ya que no se vislumbraba que ahí residiera el problema de cobertura de tratamientos.

Las áreas en las que se comparó ambos municipios, junto a los datos del departamento Güemes, son en las que puede residir las posibles explicaciones de la falta de cobertura de tratamientos. Efectivamente, se puede afirmar que, en la pobreza, la falta de desarrollo socio-económico, el bajo nivel educativo, la alta dispersión de la población y en los pocos recursos del sistema de salud reside la complejidad y la dificultad para establecer una cobertura adecuada de tratamientos. Lo que muestra Miraflores, con las

limitaciones de lo que puede mostrar un estudio de caso, es que todo esto puede ser superado si cambian los procesos de trabajo del equipo de salud que tiene a su cargo la población. Como se vio en el capítulo 5, cambiar estos procesos significa de manera abstracta salir de una lógica “autotélica” de sostener una institución plegada sobre sus procedimientos estandarizados, que no se abren a la complejidad de la realidad poblacional, para pasar a una lógica estratégica que busca adaptarse a esta realidad partiendo de cierta incertidumbre inicial pero con la flexibilidad suficiente para abordar la problemática que se busca solucionar e ir aprendiendo y cambiando a medida que avanzan las acciones. De manera concreta, implicó afrontar la dispersión, la distancia, la falta de medios de transporte, la falta de recursos de la población (y los propios, como las escasas horas-médico disponibles) con cambios de procesos como la forma de organizar el laboratorio (la manera de otorgar turnos y de realizar el trabajo de análisis de las muestras) o la de cómo controlar los tratamientos entre otros. Estos cambios implicaron salir de las reglas institucionales y hasta adaptar las recomendaciones de tratamiento. Como se explicó en detalle en el marco teórico, desde una perspectiva relacional son los procesos de trabajo del equipo de salud los que relacionalmente, con las características de la población constituyen la dificultad de la “distancia”, “dispersión”, etc. Una vez que estos cambiaron, estas dificultades pudieron superarse. Por esta razón se considera a los procesos de trabajo de los centros de salud y hospitales del impenetrable chaqueño como la *causa principal*, entendida como la que puede revertirse con mayor facilidad y que puede afectar directamente el resultado buscado de la falta de cobertura de tratamientos para Chagas en la región.

6. 2 La cultura como factor de riesgo

Cuando se habla del impenetrable chaqueño es imposible no incluir el tema de las comunidades indígenas, mayormente rurales, que habitan en esta región. Si observamos la figura 4 veremos que el departamento Güemes es la que posee más de estas

comunidades en la provincia del Chaco. Como gran parte de las comunidades indígenas del país están asentadas en regiones donde se encuentra el *Triatoma infestans*, el vínculo entre la enfermedad de Chagas y estas se ha transformado hasta en un estigma^{xlviii}. En este apartado se discute la idea ampliamente difundida de que la “cultura” tiene un peso determinante para explicar la falta de impacto de políticas sanitarias en las comunidades indígenas o en la falta de “accesibilidad” de las mismas a los efectores de salud.

En el censo nacional del 2010 el INDEC ha utilizado como variable población que se autorreconoce de población originaria. Lo cual permitió acceder a todo un conjunto de información cuantitativa sobre estas poblaciones^{xlix}. En la provincia de Chaco el 3,9% de la población se reconoce como indígena. La distribución por etnia según si viven en ámbitos rurales o urbanos se puede apreciar en la tabla número 14. Al contrario de lo que podría dictar el imaginario, la mayoría de los que se reconocen como indígenas viven en zonas urbanas.

Tabla número 14: Población indígena u originaria por área urbana o rural, según pueblo indígena u originario. Provincia del Chaco. Año 2010.

Pueblo indígena u originario	Población indígena u originaria	Área	
		Urbana	Rural
Total	41.304	24.192	17.112
Toba (Qom)	30.766	18.611	12.155
Wichí	4.629	1.921	2.708
Mocoví	3.873	1.741	2.132
Guaraní	593	535	58
Diaguita-Calchaquí	283	281	2
Atacama	266	239	27
Quechua	159	158	1
Otros	735	706	29

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

El censo muestra que en diversos indicadores socioeconómicos la población indígena de la provincia del Chaco está claramente en situación desfavorable en relación a

la población general. Así mientras la tasa de analfabetismo es del 5,5% de la población total en la población indígena es del 14,3%, mientras la tasa de actividad de la población total es de 57,6% el de la población indígena del 46,2% y así con cada indicador: personas por cuarto, cobertura previsional etc. ¿Cómo puede afectar el hecho de que la población originaria de la provincia de la provincia del Chaco vive en situación de desigualdad su relación epidemiológica con la enfermedad de Chagas? Como vimos en la sección antecedentes, en relación a una investigación realizada en MNP, la variable explicativa (en relación a prevalencia de la enfermedad) parece ser la ruralidad y no la etnia. Dos trabajos del 2014 buscan responder preguntas que son paralelas a esta investigación del 2010. Uno enfocándose en factores “socioculturales” que predisponen a la enfermedad en embarazadas de MNPⁱ y el otro en las “barreras culturales” entre las comunidades indígenas de las Lomitas, Formosa, y el sistema de salud que podrían afectar el control vectorial para Chagasⁱⁱ. Ambos textos son significativos para esta tesis ya que plantean frontalmente el tema de la etnicidad o la cultura como posibles factores de riesgo para diversos aspectos de la enfermedad de Chagasⁱⁱⁱ. Curiosamente, llegan a conclusiones contrapuestas.

El trabajo realizado en MNP se basó en un estudio prospectivo y transversal con dos cortes en los años 2008 y 2009, su población son mujeres embarazadas con más de 12 semanas de gestación, a las cuales se las estudio con los métodos HAI y ELISA para determinar si eran positivas para la enfermedad. A todas las pacientes se les realizó una encuesta para determinar los factores de riesgo asociables a la enfermedad. Las variables fueron etnia, localización rural o urbana, tipo de vivienda y nivel de escolarización. También se tuvo en cuenta si había comorbilidad con tuberculosis, si tenían obra social, número de gestas y edad.

Tabla Número 15: Comparación por etnia en relación a factores predisponentes de la enfermedad. Misión Nueva Pompeya, Chaco, Argentina. Años 2008-2009.

	Criollo	Wichí
Positivo	23	23
Negativo	8	7
Urbana	9	15
Rural	22	15
Rancho	20	13
Material	13	17
Analfabeto	7	14
Primario	19	13
Secundario	6	2

Fuente Pérez de la Hoz et al. Año 2014.

Si bien las variables de riesgo se distribuyen desigualmente en cuanto al tema del analfabetismo ya que la población estudiada criolla tiene un 22, 6% de analfabetismo y la Wichi alcanza el 50%, nuevamente no se encuentra que la variable etnia sea estadísticamente significativa, cuando se comparan criollos analfabetos con wichis de la misma condición se encuentra que el porcentaje de casos positivos es similar. El haber llegado a la educación secundaria se correlaciona con un porcentaje menor de positividad para la enfermedad. Nuevamente la población Wichi se encuentra en situación desfavorable para esta variable, pero nuevamente si se comparan en ambas etnias la misma variable, la variable etnia deja de ser relevante.

El estudio llega a la conclusión de que ni la etnia, ni la vivienda ni lugar de residencia son un factor de riesgo predominante. Los autores consideran que dada la alta endemicidad de la zona, es probable que los factores de riesgo terminen homogeneizándose.

En relación a la etnia (pero entendida más como “cultura”) el estudio realizado en Las Lomitas Formosa (localidad ubicada dentro del mismo espacio ecológico del impenetrable) llega a la conclusión contraria. La investigación utiliza una metodología cualitativa, a partir de entrevistas en profundidad intenta explicar porque la infestación

intradomiciliaria para el vector de la enfermedad es mayor en los Wichi que en los Pilagá. El estudio parte de la hipótesis de que hay creencias de tipo “cultural” que afectan la relación entre las comunidades indígenas del lugar y el sistema de salud de la “medicina occidental”. El artículo hace hincapié en 5 aspectos claves encontrados. Primero, que en ambas comunidades se vincula la enfermedad a los malos deseos de otras personas o a la violación de ciertos tabúes. Segundo, que los Pilagá estarían más dispuestos a aceptar la medicina occidental que los Wichi. Tercero, miembros de estas comunidades no vinculan el vector con la enfermedad y tiene poca conciencia de la necesidad de las actividades de control del mismo. Cuarto, a menudo hay indígenas que con el diagnóstico positivo para la enfermedad aceptan realizarse el tratamiento sin recibir toda la información ni el conocimiento. Quinto, abundan los conflictos en los encuentros clínicos entre los integrantes del sistema de salud occidental y los miembros de las comunidades indígenas debido a las diferentes expectativas de salud que tienen. En el artículo también se considera que las diferencias desfavorables en los índices de población infectada se podrían deber a los problemas de fumigación que se dan frente a los ciclos de traslado de las familias Wichi vinculados a calendarios religiosos, quienes dejan sus casas vacías y no dejan que sus vecinos las abran para que trabajen los fumigadores.

Eduardo Menéndez^{liii} advierte que focalizar una investigación en curanderos o especialistas puede producir que se interiorice en una forma de entender la salud en desmedro de otras y que se pasen por alto las articulaciones que en la práctica hacen los sujetos y grupos sociales entre los distintos modos de atención de padecimientos, dando la impresión de que estos son autónomos y cerrados sobre sí mismos. Los autores no especifican cuales fueron los criterios para seleccionar a las personas entrevistadas, ni que criterios de representatividad se manejan, por ende, no queda claro a quienes representan las frases que se seleccionan para ilustrar el “framework” cultural de una comunidad.

Cuando se elige como metodología solamente realizar entrevistas en profundidad, sin contrastar con otra evidencia disponible lo que se afirma en las entrevistas se corre el riesgo de perderse elementos que pudieran tener valor explicativo, como las distancias de los asentamientos de las zonas urbanas (algo que puede explicar la dificultad para

establecer un control químico de las viviendas) o si realmente los Pilagá se atienden más en el sistema de salud “occidental” que los Wichis. Al no contrastarse con estos datos termina cercándose en lo que dice un puñado de individuos sobre lo que piensan comunidades indígenas que superan el millar de integrantes. Casi todo lo que se afirma en el artículo como particularidades “culturales” de los Pilagá y Wichi se encuentra también en los “criollos” Tanto en la creencia de que algunos tipos de vinchuca no serían vectores, como la no vinculación entre esta y la enfermedad y llegando al desconocimiento de los procedimientos de salud sobre la enfermedad. En este último caso, Mariana Sanmartino, especialista en el tema de enseñanza y comunicación en Chagas (De quién se analiza un artículo en la sección antecedentes) evoca su propia experiencia en zonas rurales del norte de Santa Fe, con población criolla, en la entrevista que se le realizó por este tema para esta tesis:

*“En Santa Fé, poco vínculo de ese bicho que conocían tan bien con
La enfermedad que podía causarle y era una zona de alta endemicidad
[...] Una mujer me dijo ‘A mí me hicieron el análisis de Chagas una vez,
estoy re contenta porque me dio positivo’”*

Para entender las “barreras” entre distintos modos de atención se debe mirar a ambos lados para ver relacionalmente porque surgen las dificultades de cobertura de salud de la población.

¿Qué sucede en relación a esto en MNP y Miraflores? Ambos municipios tienen comunidades indígenas, en ambos son Wichi y Qom o Toba, en MNP son predominantemente Wichi y en Miraflores es al revés. En un censo de habitantes, viviendas y condiciones de salud del año 2009 realizado por el MSPCH se constataba la presencia de 231 personas de etnia Wichi y Toba en Miraflores. Siendo 91 de la primera etnia y 140 de la segunda. La mayoría de los Wichi se encuentran en la localidad de Techat. En dicha

localidad y etnia se realizaron 14 tratamientos de menores de 15 años, todos se completaron. No se registró ninguna dificultad adicional o especial al trabajar con las mencionadas comunidades indígenas en Miraflores. El único trabajo diferencial aplicado a esta población fue el tema lingüístico, se comunicó por radio en su lengua el calendario de trabajo del equipo de salud, se usó traductor cuando fue necesario y folletos traducidos. Luego se aplicaron las mismas herramientas que con los criollos, como los gráficos para evitar las confusiones con las dosis de los medicamentos cuando se explican en abstracto oralmente y la explicación práctica de como cortar las pastillas. En años de trabajar y trasladarme con los “vinchuqueros”, los fumigadores de las bases nacionales de control de vectores, ellos nunca mencionaron que tuvieran alguna dificultad particular para trabajar en comunidades indígenas, a pesar de que el tema surgía naturalmente dado mi título profesional. En más de una ocasión presencié las protestas de los referentes de las comunidades porque supuestamente no se realizaban fumigaciones en sus comunidades. Y eso incluyó a referentes de los Wichi en MNP.

Dicho esto, también hay que mencionar que en las entrevistas las anécdotas de segregacionismo son de MNP y no de Miraflores, algo que quizá tenga su explicación en que es un hospital más grande y con más personal que el de Miraflores. También la propia experiencia y los testimonios recogidos para esta tesis señalan a la población Wichi como más “cerrada” y con ciclos de migración más intensos que los tobas. Sin embargo, como pudimos comprobar en terreno, gran parte de la población Wichi tenía beneficios sociales y enviaba a sus hijos a las escuelas. Lo cual niega que sean inaccesibles para el estado o instituciones “occidentales” Lo que se apreciaba en terreno es que de todas las funciones del estado, la que probablemente ofrecía peor cobertura era la de salud.

6. 3 Limitaciones

Esta tesis tiene dos principales limitaciones: Primero, las campañas y la recolección de datos originales de las mismas son anteriores al planteo de las hipótesis de esta tesis, debido a la naturaleza la hipótesis principal de esta tesis no había otra forma de intentar mostrarla que a través de un proceso de una complejidad que sólo puede ser puesto en movimiento en un ámbito de gestión nacional y provincial de salud. Segundo, el método elegido: de estudios de caso, es un método cualitativo que permite analizar en profundidad hechos que no se conocen demasiado, anomalías en las cuales vale la pena focalizar, de ahí su origen clínico, del estudio de casos singulares. El problema es, que, como cualquier método cualitativo, es limitada la contundencia de las conclusiones que se pueden sacar y las extrapolaciones deben ser cuidadosas.

Esta investigación se podría haber realizado comparando una localidad con baja cobertura para tratamientos con una de alta cobertura, inicialmente, más de allá de cualquier intervención, sin embargo, al elegir como límite del objeto de estudio el impenetrable chaqueño esto ya no es posible ya que ninguna localidad de la región tiene una cobertura que pueda considerarse “alta”, más allá de Miraflores luego de la campaña analizada en esta tesis.

6. 4 Conclusiones

En esta tesis se buscó elucidar un objeto de estudio que por parecer simple de entender ha quedado oculto a una mirada definida de investigación. Se intentó mostrar el problema y lo que se entiende como sus causas principales relativizando las causas que intuitivamente se mencionan cada vez que se habla de Chagas, entre las cuales se destacan la pobreza y la cultura. Esto quizá pueda parecer una sobredimensión de la importancia del sector salud por encima de otros “determinantes sociales”, pero esta mirada implica dejar de culpabilizar a la víctima, dejar de considerar el problema como algo exógeno. El epígrafe que se eligió para este capítulo ilustra esto: un ex ministro de salud

diciendo de manera elegante, “antropológica”, se podría decir, si se acepta la mordacidad, que los indígenas murieron por culpa de su cultura.

Con este trabajo no solo se intentó encontrar una explicación al problema de la falta de cobertura de tratamientos para el impenetrable chaqueño, sino también una propuesta concreta para afrontarlo. De ahí todo el énfasis puesto en explicar la estrategia de trabajo aplicada en Miraflores, al explicar cómo se llegó a los resultados extraordinarios se busca impulsar procesos similares en otros lugares, los verdaderos destinatarios de esas hojas quizá no sean tanto investigadores como gestores y equipos de salud.

Como mirada complementaria a lo que se enfoca en esta tesis, sería adecuado analizar las razones por las cuales en general hay cierta pasividad de la población afectada por la problemática del Chagas en relación a la búsqueda de soluciones colectivas.

Se considera importante que otros estudios retomen la hipótesis principal de esta tesis e intenten aplicarla a otros lugares con características similares a las del impenetrable chaqueño. Es importante, aunque naturalmente difícil, asumir una perspectiva de investigación acción, ya que en este tipo de objetos de estudio el accionar sobre la realidad nos dirá más que una mirada naturalista que intente representarla.

NOTAS:

ⁱ Fuente: Guía Equipo de Salud: Chagas impresa en Agosto del 2010, Internet: <http://www.msal.gov.ar/chagas/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/guia-de-diagnostico-y-tratamiento>, consultada el 12 de mayo del 2015.

ⁱⁱ SPILLMAN Cynthia, BURRONE Soledad, COTO Hector. Análisis de la situación epidemiológica de la enfermedad de Chagas en Argentina. Avances en el control 2012. Revista Argentina de Salud Pública Vol. 4. Número 15. Junio 2013. 40-44.

ⁱⁱⁱ SPILLMAN Cynthia, GARCÍA Miriam Martín: "Cobertura de tratamiento etiológico para la infección por *Trypanosoma cruzi*, en niños menores de 15 años en la república Argentina. Período 2003-2006." Rev. Patologías Tropicales;39(4):283-297. (Citado 2013-09-11) Disponible en <http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/13064>

^{iviv} Defino cobertura como la responsabilidad del estado de dar respuesta al máximo porcentaje posible de la población tanto de acciones preventivas como curativas o paliativas frente al derecho universal a la salud.

^v Al respecto ver http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/ [Citado 2014-05-03]

^{vi} Las búsquedas se realizaron durante varias etapas de avance de esta tesis. La última, que refleja los datos específicos mencionados en este apartado fueron realizadas el 25 de Septiembre del 2014.

^{vii} MORETTI, Edgardo; CASTRO, Irma; FRANCESCHI, Claudio; BASSO, Beatriz. Chagas disease: serological and electrocardiographic studies in Wichi and Creole communities of Misión Nueva Pompeya, Chaco, Argentina. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz* [online]. 2010, vol.105, n.5 [cited 2013-02-08], pp. 621-627. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762010000500004&lng=en&nrm=iso>

^{viii} BIANCARDI, M. A. et al. Seroprevalencia de la enfermedad de chagas en 17 parajes del "Monte Impenetrable" de la Provincia del Chaco. *Medicina (B. Aires)* [online]. 2003, vol.63, n.2 [citado 2015-06-14], pp. 125-129. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802003000200005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1669-9106.

^{ix} SOSA-ESTANI, Sergio et al. Transmisión vectorial y congénita del *Trypanosoma cruzi* en Las Lomitas, Formosa. *Medicina (B. Aires)* [online]. 2009, vol.69, n.4 [citado 2015-06-15], pp. 424-430. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802009000500002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1669-9106.

^x GENERO, Sebastián; NASSIR, Jorge; CAYRE, Antonieta; PASCUAL, María; GOROSTEGUI, Federico; CHAPARRO, Raúl; SCIARRETA, Virginia; ESPECHE, Claudia; FERNÁNDEZ, Silvana,

BORDA, Griselda Martínez. Conocimientos y actitudes en relación a la enfermedad de Chagas en la población de Avia Terai, Provincia del Chaco. Rev. Argent Salud Pública Vol. 2 ISSN 1852 - 8724 | ISSN 1853-810X 2011

^{xi} SANMARTINO, Mariana; CROCCO, Liliana. Conocimientos sobre la enfermedad de Chagas y factores de riesgo en comunidades epidemiológicamente diferentes de la Argentina. Revista Panamericana de Salud Pública, 2000; 7 (3): 173-178.

^{xii} SEGURA, Elsa: El control de la Enfermedad de Chagas en la Argentina. En: "El control de la enfermedad de Chagas en los países del Cono Sur de América, historia de una iniciativa internacional, 1991/2001". 2001, 45-97. Ed. OPS.

^{xiii} SPILLMAN Cynthia, BURRONE Soledad, COTO Héctor. Análisis de la situación epidemiológica de la enfermedad de Chagas en Argentina. Avances en el control 2012. Revista Argentina de Salud Pública Vol. 4. Número 15. Junio 2013. 40-44.

^{xiv} PEREZ Guadalupe SM, HERNÁNDEZ Meléndrez E, RODRIGUEZ Cabrera A. La enfermedad de Chagas como un rezago social en salud. Rev Cubana Salud Pública [internet]. 2011 ene.-mar. [citado 5 abr. 2012]; 37(1): [aprox. 15 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

^{xv} PETRAGRILIA KROPF, Simone. El mal de Chagas en los ojos de la Nación: ciencia y salud en Brasil a comienzos del siglo XX Salud Colectiva [en línea] 2008, 4 (septiembre-diciembre) : [Fecha de consulta: 13 de junio de 2015] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73140308>> ISSN 1669-2381

^{xvi} Al respecto puede verse: BOURDIEU Pierre: Espacio Social y Espacio Simbólico En: "Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción." Editorial Anagrama. 1997. Pag. 11.

^{xvii} MATUS Carlos. Qué es una estrategia. En: Chimpancé, Macchiavello y Gandhi. Caracas: Fondo Editorial Altadir; 1995.

^{xviii} MINZTBERG, Henry. La Burocracia Profesional. En: Diseño de organizaciones eficientes. Buenos Aires: El Ateneo 2001.

^{xix} MINZTBERG, Henry. The structuring of organizations. Toronto. McGraw-Hill University of Canada. 1979. P: 353.

^{xx} Por este motivo hay que entender que la diada médico-paciente, ese tema fatigado por las ciencias sociales que trabajan temas de salud, no es relevante para esta tesis. El problema de esta tesis está enfocado en los procesos de trabajo supra-consultorio, del tipo organizacionales del equipo de salud en *relación* a la población.

^{xxi}CAMPOS G. El Anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso. En: Gestión en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001. p. 85-100

^{xxii}El único dato importante, que podría dañar esta tesis, es si actualmente en el municipio de Misión Nueva Pompeya hubiese aumentado drásticamente la cobertura de tratamientos para Chagas sin haber cambiado sus procesos de trabajo en la forma en que se indica en esta investigación, pero como se verá en el capítulo subsiguiente, no es el caso.

^{xxiii} Al respecto ver: MENENDEZ, Eduardo. Epidemiología Sociocultural: propuestas y posibilidades. En De Sujetos, Saberes y Estructuras. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2009. P.131-179.

^{xxiv}Fuente: Informe del Ministerio de Salud Pública del Chaco, fuente citada: SIEMPRO (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales) dependiente del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (Año 2006)

^{xxv} El INDEC define Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas: son aquellos que presentan al menos una de las siguientes condiciones de privación:

NBI 1. Vivienda: es el tipo de vivienda que habitan los hogares que moran en habitaciones de inquilinato, hotel o pensión, viviendas no destinadas a fines habitacionales, viviendas precarias y otro tipo de vivienda. Se excluye a las viviendas tipo casa, departamento y rancho.

NBI 2. Condiciones sanitarias: incluye a los hogares que no poseen retrete.

NBI 3. Hacinamiento: es la relación entre la cantidad total de miembros del hogar y la cantidad de habitaciones de uso exclusivo del hogar. Operacionalmente se considera que existe hacinamiento crítico cuando en el hogar hay más de tres personas por cuarto.

NBI 4. Asistencia escolar: hogares que tienen al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela.

NBI 5. Capacidad de subsistencia: incluye a los hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y que tienen un jefe no ha completado el tercer grado de escolaridad primaria.

^{xxvi} Elijo datos de este año ya que, como se verá, es el año de la campaña de tratamientos de Miraflores y es importante para establecer su contexto.

^{xxvii}Fuente: Informe interno del Programa Nacional de Salud Familiar para la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios año 2009. El informe utilizó como fuentes el censo del INDEC del 2001 y el relevamiento en terreno de integrantes del programa entre quienes me encontraba.

^{xxviii}Puesto tipo "A" significaba efectores de salud del primer nivel de atención.

^{xxix} Transcripción de entrevista realizada a Andrea, comunicadora del Ministerio de Salud de La Nación que participó en la campaña de tratamiento de Misión Nueva Pompeya.

^{xxx} Hay que tener en cuenta que las fracciones son unidades censales, definidas por un espacio territorial con límites geográficos y una determinada cantidad de unidades de viviendas a relevar. Cada unidad político-administrativa se desagrega en fracciones y cada una de ellas se desagrega a su vez en radios. La fracción suele tener, en promedio, 5000 viviendas. En Chaco, las fracciones coinciden con las localidades, no con los municipios, por ende, cuando se utilizan fracciones para comparar datos de Miraflores y Misión Nueva Pompeya sólo se está comparando a una parte de la población, las que están en ambas localidades y no toda la población de ambos municipios. Sin embargo, la cantidad de gente que abarcan las fracciones elegidas (Más del 50% de la población total en ambos casos) permiten considerar como representativos los datos que se presentan.

^{xxxi} Los valores de la variable condición de ocupación se definen por el INDEC como: "Ocupada: población que durante por lo menos una hora en la semana anterior a la fecha de referencia del censo desarrolló cualquier actividad (paga o no) que genera bienes o servicios para el "mercado". Incluye a quienes realizaron tareas regulares de ayuda en la actividad de un familiar, reciban o no una remuneración por ello y a quienes se hallaron en uso de licencia por cualquier motivo. Se excluye de la actividad económica los trabajos voluntarios o comunitarios que no son retribuidos de ninguna manera. • Desocupada: es la población que no hallándose en ninguna de las situaciones descriptas, desarrolló, durante las cuatro semanas anteriores al día del censo, acciones tendientes a establecer una relación laboral o iniciar una actividad empresarial (tales como responder o publicar avisos en los diarios u otros medios solicitando empleo, registrarse en bolsas de trabajo, buscar recursos financieros o materiales para establecer una empresa, solicitar permisos y licencias para iniciar una actividad laboral, etcétera). • Económicamente inactiva: comprende a la población de 14 y más años no incluida en la población económicamente activa. Incluye a jubilados, estudiantes y otras situaciones". Estas definiciones y otras del censo 2010 se pueden encontrar: <http://200.51.91.245/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?BASE=CPV2010B> (Página consultada el 07 de julio del 2015)

^{xxxii} Al respecto se puede consultar: <http://www.mininterior.gov.ar/municipios/datos-municipio.php> (Página consultada el 30 de mayo del 2015)

^{xxxiii} Calidad de los Materiales de la Vivienda. La clasificación de calidad es la siguiente:

- *CALMAT I*: Vivienda hecha con materiales resistentes y sólidos en todos los parámetros (pisos, paredes, techos) y que incluye todos los elementos de aislación y terminación.
- *CALMAT II*: Vivienda con materiales resistentes y sólidos en todos los parámetros, pero a la que le faltan elementos de aislación o terminación en al menos uno de los componentes (pisos, paredes, techos).
- *CALMAT III*: Vivienda que presenta materiales resistentes y sólidos en todos los parámetros, pero a la que le faltan elementos de aislación y terminación en todos sus componentes, o bien presenta techos de chapa de metal o fibrocemento sin cielorraso, o paredes de chapa de metal o de fibrocemento.

-
- CALMAT IV: Vivienda edificada con materiales no resistentes ni sólidos o de desecho al menos en uno de los parámetros.

^{xxxiv} La certeza en estas afirmaciones la mantengo debido a mi participación en este equipo desde su conformación. Al respecto se puede ver: *Viejos problemas, nuevas alternativas: Un abordaje desde una gestión pública* en Storino (Comp.) Chagas en el Siglo XXI. De la enfermedad a la Problemática Social (Editorial Akadia; 2009.

^{xxxv} Lamentablemente no se hizo un trabajo cuantitativo para registrar las apreciaciones que tenían sobre la enfermedad.

^{xxxvi} Como fase de vigilancia se denomina la última etapa del control químico del vector, es posterior a por lo menos dos rondas de “fase de ataque” donde se rocía con insecticida toda vivienda de una zona con su peridomicilio. Se considera en “Fase de vigilancia” a las zonas cuyo índice de infestación domiciliaria es muy baja. En esta fase se debe estar atento (Vigilancia) a la reinfestación de cualquier vivienda para hacer rociado en la que este afectada y sus alrededores.

^{xxxvii} Era jefe del Área de Pueblos Originarios del Programa Nacional de Salud Familiar, cargo en cual estuve algunos meses hasta el siguiente cambio de gestión. Este no es un dato menor ya que el programa tenía un enfoque centrado en la idea de que el funcionamiento del equipo de salud como tal es central para obtener resultados en la salud de la población. Idea simple de la cual no siempre se sacan las conclusiones adecuadas.

^{xxxviii} Esto puede rastrearse de una manera muy simple: el Benznidazol es un medicamento de producción muy restringida ya que su mercado privado es casi inexistente, el estado nacional era el principal comprador a Roche la empresa que lo producía (Desde el año 2012 lo produce un laboratorio local) y lo distribuía a las provincias e incluso a las obras sociales y prepagas. Como históricamente se utilizan pocos frascos (indicador directo de la escasez de tratamientos que se realizan en el país) la distribución de los mismos estaba muy centralizada. Durante el año 2006 y comienzos del 2007 hubo una marcada escasez de stock ya que no se venía comprando en los años anteriores, lo que hacía que algunas jurisdicciones, entre ellas Chaco, pidieran frascos cuando surgían casos de tratamiento ya que no tenían stock propio. La información directa de estos pedidos dejó en claro que el caso agudo congénito era casi el único que se detectaba en menores de 15 años.

^{xxxix} Al respecto ver el apartado “Marco teórico”.

^{xl} El trabajo interjurisdiccional en Miraflores duró un año, a finales de ese período se incorporó personal vía el Programa Nacional Salud Familiar, fueron dos médicos, personal de enfermería (auxiliares), un bioquímico y agentes sanitarios. Algunos se sumaron al trabajo que venía realizándose en Chagas y otros si bien no hicieron nada específico, sumaron desde las actividades más tradicionales de asistencia por demanda en el centro de salud. Sin embargo, los resultados notables de la campaña ya eran evidentes antes de que se sumara personal nuevo al efector de salud.

Ríos, E.H. Consideraciones sobre la falta de cobertura para tratamiento de la enfermedad de Chagas en el impenetrable chaqueño [Tesis de Maestría]. Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

^{xli} Al respecto ver: http://www.who.int/social_determinants/es/ [Consultada el 03/02/2013]

^{xlii} CAMPOS G. El Anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso. En: Gestión en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001. P 96.

^{xliii} Mintzberg H. La Burocracia Profesional. En: *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo 2001. P. 235.

^{xliv} Si bien sigo a Mintzberg en sus definiciones hay que aclarar que en salud pública la autonomía no es solo propiedad de quienes se entiende como “profesionales” sino prácticamente de todos los trabajadores, incluyendo promotores, administrativos, agentes sanitarios etc.

^{xlv} Como mi tesis se restringe a la región del impenetrable chaqueño siempre generalizo en esos límites del cual tengo suficiente información y conocimiento de primera mano, sin embargo, no es difícil demostrar que lo que describo se puede aplicar de manera bastante amplia al primer nivel de atención de muchos lugares.

^{xlvi} Las fuentes del análisis de los párrafos subsiguientes son los anuarios del MSPC del año 2007. Estos son documentos públicos no publicados de los que se hace referencia en el apartado “Material y Métodos”. Los anuarios no han cambiado su formato desde el año que se hace referencia.

^{xlvii} Al respecto se puede consultar: <http://www.infobae.com/2007/08/06/330466-chaco-aborigenes-piden-renuncia-del-ministro-salud>. Página consultada el 20 de julio del 2015.

^{xlviii} Durante una negociación para establecer equipos itinerantes para comunidades indígenas en una localidad de la ciudad de Santa Fe, en el año 2005, los dirigentes de la comunidad Mocoví advirtieron que no querían oír que el equipo publicitara trabajos sobre tuberculosis y Chagas ya que se solía estigmatizar a esa comunidad como si “estuviera llena de tuberculosos y chagásicos”.

^{xlix} Al respecto se puede consultar: http://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=21&id_tema_3=99 Página consultada el 20 de julio del 2015

ⁱ DE LA HOZ, Alejo; PRESTA, Ailen; SWIESZKOWSKI, Sandra; Sandra; PÉREZ DE LA HOZ Ricardo A. Análisis de factores socioculturales predisponentes a la enfermedad de Chagas entre embarazadas de misión nueva pompeya, provincia de chaco. Revista CONAREC 2014;5(125) 0173 -0177.

ⁱⁱ DELL'ARCIPRETE, Ana, et al.: Cultural barriers to effective communication between Indigenous communities and health care providers in Northern Argentina: an anthropological contribution to Chagas disease prevention and control. International Journal for Equity in Health 2014 13:6.

ⁱⁱⁱ Quizá los autores no coincidan con la idea de que la “cultura” pueda ser un factor de riesgo, pero es lo que se proponen investigar.

Ríos, E.H. Consideraciones sobre la falta de cobertura para tratamiento de la enfermedad de Chagas en el impenetrable chaqueño [Tesis de Maestría]. Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

iii MENÉNDEZ, E. 2003. Modelos de atención de los padecimientos. Ciencia y salud colectiva. 8 (1). P. 185-207.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIANCARDI, M. A. et al. Seroprevalencia de la enfermedad de chagas en 17 parajes del "Monte Impenetrable" de la Provincia del Chaco. Medicina (B. Aires) [online]. 2003, vol.63, n.2 [citado 2015-06-14], pp. 125-129. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802003000200005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1669-9106.

BOURDIEU Pierre: Espacio Social y Espacio Simbólico En: "Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción." Editorial Anagrama. 1997.

CAMPOS G. El Anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso. En: Gestión en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.

DE LA HOZ, Alejo; PRESTA, Ailen; SWIESZKOWSKI, Sandra; Sandra; PÉREZ DE LA HOZ Ricardo A. Análisis de factores socioculturales predisponentes a la enfermedad de Chagas entre embarazadas de misión nueva pompeya, provincia de chaco. Revista CONAREC 2014;5(125) 0173 -0177.

DELL'ARCIPRETE, Ana, et al.: Cultural barriers to effective communication between Indigenous communities and health care providers in Northern Argentina: an anthropological contribution to Chagas disease prevention and control. International Journal for Equity in Health 2014 13:6.

GENERO, Sebastián; NASSIR, Jorge; CAYRE, Antonieta; PASCUAL, María; GOROSTEGUI, Federico; CHAPARRO, Raúl; SCIARRETA, Virginia; ESPECHE, Claudia; FERNÁNDEZ, Silvana, BORDA, Griselda Martínez. Conocimientos y actitudes en relación a la enfermedad de Chagas en la población de Avia Terai, Provincia del Chaco. Rev. Argent Salud Pública Vol. 2 ISSN 1852 - 8724 | ISSN 1853-810X 2011

MATUS Carlos. Qué es una estrategia. En: Chimpancé, Macchiavello y Gandhi. Caracas: Fondo Editorial Altadir; 1995.

MENENDEZ, Eduardo. Epidemiología Sociocultural: propuestas y posibilidades. En De Sujetos, Saberes y Estructuras. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2009. P.131-179.

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos. Ciencia y salud colectiva. 2003, 8 (1). P. 185-207.

MINZTBERG, Henry. The structuring of organizations. Toronto. McGraw-Hill University of Canada. 1979. P: 353

MINZTBERG, Henry. La Burocracia Profesional. En: Diseño de organizaciones eficientes. Buenos Aires: El Ateneo 2001.

MORETTI, Edgardo; CASTRO, Irma; FRANCESCHI, Claudio; BASSO, Beatriz. Chagas disease: serological and electrocardiographic studies in Wichi and Creole communities of Misión Nueva Pompeya, Chaco, Argentina. Mem. Inst. Oswaldo Cruz [online]. 2010, vol.105, n.5 [cited 2013-02-08], pp. 621-627. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762010000500004&lng=en&nrm=iso

PEREZ Guadalupe SM, HERNÁNDEZ Meléndrez E, RODRIGUEZ Cabrera A. La enfermedad de Chagas como un rezago social en salud. Rev Cubana Salud Pública [internet]. 2011 ene.-mar. [citado 5 abr. 2012]; 37(1): [aprox. 15 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

PETRAGLIA KROPF, Simone. El mal de Chagas en los ojos de la Nación: ciencia y salud en Brasil a comienzos del siglo XX. Salud Colectiva [en línea] 2008, 4 (septiembre-diciembre) : [Fecha de consulta: 13 de junio de 2015] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73140308>> ISSN 1669-2381

SANMARTINO, Mariana; CROCCO, Liliana. Conocimientos sobre la enfermedad de Chagas y factores de riesgo en comunidades epidemiológicamente diferentes de la Argentina. Revista Panamericana de Salud Pública, 2000; 7 (3): 173-178.

SEGURA, Elsa: El control de la Enfermedad de Chagas en la Argentina. En: "El control de la enfermedad de Chagas en los países del Cono Sur de América, historia de una iniciativa internacional, 1991/2001". 2001, 45-97. Ed. OPS.

SOSA-ESTANI, Sergio et al. Transmisión vectorial y congénita del Trypanosoma cruzi en Las Lomitas, Formosa. Medicina (B. Aires) [online]. 2009, vol.69, n.4 [citado 2015-06-15], pp. 424-430. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802009000500002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1669-9106.

SPILLMAN Cynthia, BURRONE Soledad, COTO Héctor. Análisis de la situación epidemiológica de la enfermedad de Chagas en Argentina. Avances en el control 2012. Revista Argentina de Salud Pública Vol. 4. Número 15. Junio 2013. 40-44.

SPILLMAN Cynthia, GARCÍA Miriam Martín: "Cobertura de tratamiento etiológico para la infección por *Trypanosoma cruzi*, en niños menores de 15 años en la república Argentina. Período 2003-2006." Rev. Patologías Tropicales;39(4):283-297. (Citado 2013-09-11) Disponible en <http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/13064>